

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR LE

N° 617

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles-Maurice GILBERT

Né à Murat (Cantal), le 12 novembre 1907.

---

De l'extension des indications  
de la césarienne abdominale

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur.*

---

PARIS

JOUVE & C<sup>ie</sup>, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

---

1935



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles-Maurice GILBERT

Né à Murat (Cantal), le 12 novembre 1907.

---

De l'extension des indications  
de la césarienne abdominale

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur.*

---

PARIS  
JOUVE & C<sup>ie</sup>, EDITEURS  
15, Rue Racine, 15

—  
1935

# I. — PROFESSEURS

|                                                                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                     | MM.                |
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale.                                    | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                         | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                 | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.             |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | Maurice VILLARET.  |
|                                                                     | LOEPER.            |
| Clinique médicale .....                                             | CARNOT.            |
|                                                                     | CLERC.             |
|                                                                     | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE.          |
|                                                                     | CUNEO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                         | GOSSET.            |
|                                                                     | GRÉGOIRE.          |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | LENORMANT.         |
| Clinique urologique .....                                           | TERRIEN.           |
|                                                                     | MARION.            |
| Clinique d'accouchements .....                                      | BRINDEAU.          |
|                                                                     | COUVELAIRE.        |
|                                                                     | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique .....                                        | PROUST.            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                        | SERGENT.           |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | BEZANÇON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | MATHIEU.           |
|                                                                     | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire .....                                       | MULON.             |
|                                                                     | OLIVIER.           |
|                                                                     | VERNE.             |
|                                                                     | MOCQUOT.           |

# II. — AGREGES EN EXERCICE

|                                        |                                                 |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| MM.                                    | MM.                                             |
| BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.    | DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale. |
| BERNARD (Étienne) Pathologie médicale. | GAYET ..... Physiologie.                        |
| BOULIN ..... Pathologie médicale.      | GIROUD ..... Histologie.                        |
| BULLIARD .... Histologie.              | HAGUENAU .. Pathologie médicale.                |
| CATHALA .... Pathologie médicale.      | HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.            |
| CHEVALLIER . Pathologie médicale.      | HAZARD ..... Pharmacologie.                     |
| DOGNON ..... Physique.                 | HUGUENIN ... Anatomie pathologique.             |
| FEY ..... Urologie.                    | JOANNON ... Hygiène.                            |
| GALLIARD .... Parasitologie.           | LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.              |
| GASTINEL .... Bactériologie.           | LACOMME .... Obstétrique.                       |



## II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LANTUEJOL . Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LEVY . Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN .... Pathologie médicale.  
 OBERLING .... Anatomie pathologique.  
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELIEVRE . Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RICHTER ..... Physiologie.  
 SANNIE ..... Chimie biologique.  
 SÈNEQUE .... Pathologie chirurgicale.  
 TROISIÈRE .... Pathologie expérimentale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.  
 BEZANÇON  
 (Justin) ..... Hydrologie.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET .... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX ..... Anatomie pathologique.  
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.  
 ZIMMERN .... Physique.

## IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI.  
 ALAJOUINE.  
 AUBERTIN.  
 BRULÉ.  
 CHABROL.  
 CHIRAY.  
 DUVOIR.  
 DONZELOT.  
 HARVIER.  
 LIAN.  
 PASTEUR-VAL-  
 LÉRY-RADOT.  
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.  
 BROCC.  
 CADENAT.  
 GATELLIER.  
 HEITZ-BOYER.  
 MOURE.  
 QUÉNU.  
 SCHWARTZ.  
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.  
 GUENIOT.  
 LE LORIER.  
 LEVY-SOLAL.  
 METZGER.

Clinique obstétricale.

## V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ..... Education physique.  
 LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.  
 WEIL-HALLE ..... Puériculture.  
 FREY ..... Stomatologie.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Membre de l'Académie de Médecine  
Professeur de Clinique Obstétricale  
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant de l'honneur qu'il nous a fait  
en acceptant de présider cette thèse, œuvre de  
son service et fruit de son enseignement. Témoi-  
gnage de notre profonde admiration, de notre  
sincère reconnaissance et de notre respectueux  
dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES PAUL

Médecin-Légiste

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAILLET

Ancien Chef de Clinique à la Faculté  
Médecin-Assistant à l'Hôpital des Enfants Malades

*En gage de respectueuse et bien vive affection.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Chef des Travaux Pratiques d'Anatomie à la Faculté

*Qui avec une affectueuse sollicitude présida  
à nos débuts dans la médecine; qu'il veuille bien  
trouver ici l'hommage de notre déférente et inal-  
térable gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SEZARY

Professeur Agrégé  
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Hommage de notre respectueux attachement,  
de notre sincère admiration, de notre vive recon-  
naissance pour l'enseignement qu'il nous a si lar-  
gement et si patiemment dispensé.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Laribosière

*Dont le bienveillant accueil et les conseils  
éclairés restent pour nous un précieux encourage-  
ment.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Stages :*

1928 : MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

*in memoriam*

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

*Externat :*

1929 : MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

1930 : MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

1931 : MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ SEZARY

1932 : MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ

PASTEUR VALLERY-RADOT

1933 : MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ QUENU

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVINA

1934 : MONSIEUR LE DOCTEUR MAILLARD

(f. f. ext. en premier)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS :

LANTUEJOUL, MOURE, VAUDESCAL, WILMOTH

A MESSIEURS LES DOCTEURS BIDOIRE, DESOUBRY

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR MERGER

Chef de Clinique Obstétricale

## INTRODUCTION

Il a été longtemps admis que l'opération césarienne n'a d'indications que lorsque existe un obstacle mécanique à la sortie du fœtus : qu'il s'agisse du rétrécissement du bassin ou de tumeur prævia.

L'opération césarienne haute était seule pratiquée. Elle comportait un pronostic assez sévère. Les statistiques dans les cas les plus favorables donnaient une mortalité de 4 à 6 %. L'infection était le plus souvent seule en cause. On hésitait alors à envisager des indications relatives basées sur l'intérêt fœtal seul. Mais depuis, les perfectionnements de la technique chirurgicale, l'introduction dans la pratique courante de la césarienne supra-symphysaire a permis, en supprimant le risque d'infection, d'étendre les indications opératoires, d'autant plus aisément que la femme exprimait plus nettement le désir d'avoir un enfant vivant.

### DES AVANTAGES DE LA CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE.

Déjà en 1931, au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, SHICKLÉ disait : « Aujourd'hui, pratiquement, je ne fais plus de différence entre les cas purs et les cas impurs, abstraction faite, toutefois, de ceux qui présentent des signes d'infection généralisée. Les résultats de la césarienne basse dans les cas impurs sont excellents. »

Depuis, l'expérience n'a fait que confirmer ces impressions. La césarienne supra-symphysaire présente un nombre indéniable d'avantages que nous résumerons ici :

- 1° Incision abdominale sous-ombilicale moins grande.
- 2° Incision sur le segment inférieur, partie non contractile de

l'utérus; partie recouverte d'un péritoine décollable moins vascularisé que le corps.

3° Schock opératoire moins important; hémorragie minime rendue pratiquement inexistante par la rachianesthésie. Pas d'extériorisation de l'utérus, pas de manipulation d'épiploon ou d'anses intestinales.

4° Suture utérine plus aisée parce que paroi moins épaisse.

5° Cicatrisation meilleure car se faisant au repos.

6° Intervention au niveau du petit bassin, point déclive de la cavité péritonéale permettant d'utiliser la position de Fowler.

7° Suites de couches meilleures. Absence de brassage au niveau du canal cervico-segmentaire qui reste sans contractions.

8° Adhérences intestinales ou épiploïques exceptionnelles.

9° Crainte de rupture dans les grossesses ultérieures, réduite au minimum.

10° Mais surtout possibilité d'être pratiquée tardivement après épreuve du travail.

Ainsi se trouvent considérablement réduites les indications de la césarienne classique. A elle appartient un domaine précis « celui de cas purs où le risque d'infection paraît nul ». (BAR, Acad. de Médecine 1919). Là encore, cependant, la majorité des auteurs pratiquent actuellement la césarienne supra-symphysaire.

L'étude des différentes statistiques est venue confirmer ces divers avantages :

BAER indique : Mortalité de la césarienne classique 5 1/2 %.

Mortalité de la césarienne basse 1,3 %.

RUBINI dans sa thèse écrit : « La mortalité opératoire est beaucoup plus grande dans les cas tardifs pour la césarienne classique (10,7 %) que pour la césarienne basse (de 1,3 à 3 % suivant les auteurs) ».

On conçoit donc qu'autrefois les indications de la césarienne classique fussent assez limitée. Actuellement, depuis l'introduction dans notre pays d'une méthode dont M. BRINDEAU régla parfaitement la technique, l'infection est pratiquement inexistante. On est en droit de tenter l'épreuve du travail; ainsi se trouvent encore évités les risques d'extraction d'enfants prématurés.

- Amélioration du pronostic foetal.
- Absence de risques trop nombreux, ce sont là les diverses raisons qui ont conduit à étendre les indications dans la césarienne abdominale, et permirent de le faire.

## PLAN

Les indications de la césarienne abdominale peuvent être groupées très diversement; nous les envisagerons dans l'ordre suivant :

### *Indications maternelles :*

- dystocies pelviennes :  
tumorales.  
osseuses.
- malformations génitales :  
vaginales.  
utérines : cervicale  
corporéale.
- césarienne nécessitée par une opération antérieure sur l'utérus : pexies, amputation du col.
- césarienne, traitement prophylactique de la rupture utérine.
- césarienne nécessitée par une maladie générale :  
éclampsie,  
cardiopathie,  
tuberculose,  
crise asphyxique.
- césarienne post-mortem.

### *Indications fœtales :*

- grossesse prolongée.
- mort prématurée du fœtus.
- excès de volume.
- souffrance fœtale.
- lenteur du travail.
- présentations vicieuses.

### *Indications annexes :*

- placenta prævia.
- hémorragie rétro-placentaire.
- procidence du cordon.

## CESARIENNE ET BASSINS RETRECIS

Laissant de côté les cas où la section utérine est nécessitée par l'existence d'une tumeur utérine ou juxta-utérine empêchant l'accouchement par les voies naturelles (faits pour lesquels l'indication opératoire est absolue), nous n'envisageons ici que les dystocies osseuses.

Parmi les avantages que présente la césarienne, un prime tous les autres : l'absence de risques pour l'enfant, s'il n'a pas souffert avant l'intervention.

Un premier inconvénient doit lui être opposé : le risque couru par la mère. Bien que réduit à des proportions très minimes par les perfectionnements des techniques chirurgicales, il n'en existe pas moins ; il est d'autant plus marqué que les cas sont moins purs.

Un deuxième inconvénient doit lui être encore opposé : la moindre fécondité des femmes qui ont été une première fois hystérotomisées. Nous verrons ultérieurement ce qu'il faut en penser.

Les indications de la césarienne peuvent être classées en deux groupes : opérations conservatrices, opérations mutilatrices.

Les premières réservées aux cas où la femme n'est pas nettement infectée, sont indiquées chaque fois qu'elles pourront réaliser, pour la mère comme pour l'enfant, le maximum de sécurité : ceci par rapport aux autres interventions chirurgicales ou obstétricales.

Cette notion étant bien admise, on peut répartir en trois groupes les indications de la césarienne conservatrice.

1° Le rétrécissement est extrême. C'est le cas des bassins obstrués (par tumeurs, fractures, spondylolisthésis), des bassins couverts (par spondylizème), des bassins à assymétrie très accentuée (tels les bassins de Naegelé, quelques bassins coxalgiques, les bassins cyphotiques de moins de 7 cm. de bi-ischiatique, les bassins rétrécis symétriquement au D-S, ceux de moins de 7 1/2 cm. de diamètre utile.

Ici l'indication de la césarienne est absolue.

2° Le rétrécissement est accentué. Dans ce groupe, nous comprenons les bassins cyphotiques entre 7 et 7 1/2 cm., les bassins à asymétrie forte (Nombre de bassins coxalgiques et scolio-rachitiques), les bassins symétriquement rétrécis au D-S, les bassins plats de 7 1/2 à 8 cm. de diamètre utile, les bassins généralement rétrécis de 7 1/2 à 9 cm. Tous ces bassins, hormis quelques cas particuliers, laissent difficilement passer des enfants de plus de 2.500 gr. S'ils excluent l'accouchement prématuré provoqué, ils indiquent la césarienne conservatrice pratiquée au début du travail. Son pronostic, s'il égale celui de la pelvitomie au point de vue maternel, est bien meilleur pour le fœtus.

3° Le rétrécissement est modéré. Ce groupe comprend les bassins cyphotiques au-dessus de 8 cm. de bi-ischiatiques, les bassins à asymétrie faible (scoliose, luxation de la hanche, nombre de bassins coxalgiques), les bassins symétriques aplatis au-dessus de 8 cm. de diamètre utile, les bassins aplatis généralement rétrécis au-dessus de 8 cm. 1/2, et les bassins généralement rétrécis au-dessus de 9 cm.

Dans de telles circonstances, on sait que l'accouchement spontané à terme d'un enfant de poids normal est possible. C'est dire qu'il ne sera question d'opération césarienne prophylactique ou précocée. Il faut, sauf excès de volume manifeste de l'enfant, attendre l'épreuve du travail.

Sans doute, pour certains, celle-ci se trouve assez limitée; elle gravite autour d'un élément : la rupture des membranes. Les autres signes cliniques ont bien une valeur pronostique, mais la date opératoire est donnée par l'ouverture de l'œuf qu'on ne doit pas dépasser de plus de 2 heures.

A la clinique TARNIER, de même d'ailleurs, qu'en bien d'autres endroits, on commence par apprécier un certain nombre d'éléments qui vont jouer chacun pour leur propre compte dans l'établissement horaire de l'indication opératoire.

A. — Certains sont purement statiques :

Eléments bassins. — On prolonge moins longtemps l'épreuve

dans un bassin limite généralement rétréci que dans un bassin aplati et encore moins canaliculé.

Elément foetal. — L'épreuve est d'autant plus courte que le fœtus est plus volumineux. Elle est plus courte si la tête tend à fuir vers une fosse iliaque, plus longue si elle est bien centrée.

B. — D'autres éléments sont dynamiques. Outre la valeur des contractions utérines dont l'importance est primordiale, on appréciera les modifications subies par la présentation dans le cours de l'évolution. C'est dire qu'on recherchera le débordement de la tête en avant du plan de la symphyse, les rapports du segment inférieur avec la tête foetale, la situation et l'orientation de celle-ci. Toutes ces recherches seront effectuées dans l'intervalle des contractions et pendant leur durée.

Tels sont les éléments d'appréciation essentiels de l'épreuve du travail. Il n'empêche pas moins qu'en raison de l'ouverture de l'œuf, on s'attachera toujours à dépister les signes de souffrance foetale et d'infection ovulaire : élévation thermique, accélération du pouls, changement du facies, altération du liquide amniotique, modification des B. D. C. Quelles que soient les conditions mécaniques, lorsque la tête non engagée, est arrêtée dans sa progression, lorsque la dilatation du col est bloquée, quand le contact de la tête avec le segment inférieur ne se fait qu'au prix d'une bosse séro-sanguine, de plus en plus importante, on doit intervenir par césarienne. Elle est suffisante puisque on n'a pas attendu les signes cliniques d'infection.

On voit donc que selon le résultat obtenu, il sera indiqué d'attendre l'expulsion spontanée, de faire une application de forceps ou si la tête reste mobile au-dessus du D, S., de pratiquer une opération de nécessité; ce sera essentiellement, lorsqu'on est en présence d'une primipare et que la dilatation n'est pas complète, une césarienne, basse, segmentaire, puisqu'il s'agit toujours de cas impurs.

Très schématiquement, nous résumerons les indications de la césarienne conservatrice :

A. — Bassin extrêmement rétréci : indication absolue.

B. — Bassin fortement rétréci : la césarienne est l'opération de choix.

C. — Bassin modérément rétréci : la césarienne est une opération d'exception qu'il ne faudra pratiquer que lorsque les autres procédés de traitement seront jugés ne pas devoir donner de résultats satisfaisants.

Reste maintenant à étudier les opérations mutilatrices; ce sont celles qui comportent après extraction du fœtus, l'ablation de l'utérus et des annexes. Elles sont indiquées toutes les fois que, l'infection étant certaine l'enfant vivant et non compromis, l'extraction par les voies naturelles est jugée impossible.

En résumé, nous ne saurions trop insister sur la fréquence des bassins dits limites et sur la nécessité d'une épreuve de travail bien conduite. BRINDEAU écrit dans la « Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris » :

« Parmi les femmes à bassins limites chez lesquelles il est impossible d'établir un pronostic pour l'accouchement, certaines accouchent spontanément après une longue période d'un travail laborieux, tandis que l'expulsion ou l'extraction du fœtus par les voies naturelles reste impossible pour les autres. La césarienne prophylactique précoce devient inutile à pratiquer chez les premières avant ou après le début du travail ».

Sans doute, pourrions nous apporter à l'appui de ces dires, nombre d'observations et de statistiques; nous nous bornerons à ne citer qu'un cas de bassin limite avec longue épreuve de travail :

OBS. 1. — Mme L.

1<sup>re</sup> pare de 22 ans. D. R. : 29 avril au 3 mai.

Bassin justo-minor, femme très petite, 1 m. 38.

Début du travail, date de 48 h., membranes rompues, contractions utérines bonnes, la tête reste élevée, volumineuse bosse séro-sanguine, col légèrement entr'ouvert rigide, œdématisé. B. D. C. bons.

Intervention le 11/1/34, extraction d'un enfant vivant, pesant 3.180 gr., 16 jours après, la mère et l'enfant quittent la clinique TARNIER en bon état.

## DYSTOCIE D'ORIGINE VAGINALE

L'opération césarienne a été pratiquée dans certains cas de rétrécissement du vagin.

Nous rappellerons très brièvement, que la sténose peut être :

— Congénitale,

— Acquise et cicatricielle.

A) Les lésions congénitales sont constituées par des cloisonnements du conduit, dans sa longueur, son sens transversal, ses aboutissements anormaux. Ces derniers, en fait, sont très rares et peu compatibles avec la fécondation.

Le cloisonnement longitudinal retarde simplement, en général, l'expulsion. La simple section entre deux clans y remédie facilement. Il peut en être tout autrement avec les cloisonnements transversaux; tantôt, ce sont de simples diaphragmes, à bords plus ou moins minces, leur incision suffira habituellement et la progression de la présentation peut se continuer.

Tantôt, ce sont des rétrécissements canaliculés, pouvant atteindre plusieurs centimètres de long. Dans un tiers des cas, ils participent à l'assouplissement gravidique et, se dilatent suffisamment, pour livrer passage au fœtus. Parfois aussi, on pourra obtenir la dilatation du rétrécissement avec les doigts, un ballon de Champetier de Ribes, un dilateur mécanique. Mais, toutes les fois, que le rétrécissement est très serré et qu'il résiste aux tentatives, prudentes de dilatation (l'emploi de manœuvres de force aboutirait à l'éclatement du vagin), il vaut mieux recourir à l'opération césarienne, suivie de l'ablation de l'utérus, pour éviter la rétention des lochies en amont du rétrécissement.

B) Rétrécissements cicatriciels. Ils sont beaucoup plus fréquents et beaucoup plus graves, au point de vue de l'avenir obsté-

trical de la femme. Observés, surtout chez les multipares, ils reconnaissent comme causes, des plaies, des déchirures vicieusement cicatrisées, des pertes de substance dues à des brûlures, à des infections gangreneuses du vagin, d'origine puerpérale ou non (scarlatine, variole, typhoïde).

On en a observé quelques cas, à la suite de vaginite ulcéreuse ou gonococcique, de la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses, au cours de la maladie de NICOLAS et FABRE. Ces cicatrices sont très variables dans leurs limites; tous les intermédiaires existent entre un anneau partiel et un cylindre étendu en hauteur et en épaisseur. Par ailleurs, le tissu de néo-formation ne participe pratiquement pas au ramollissement, à l'assouplissement observés au cours de la grossesse, dans tout tissu normal. C'est là, l'élément essentiel qui explique la gravité de l'accouchement chez les femmes atteintes de cette malformation. Dans tous les cas, un examen minutieux appréciera toutes les limites du rétrécissement. Au cours de la grossesse, l'expectative est de règle. Au moment du travail, la section d'une simple bride, la dilatation artificielle d'une sténose, bas située et peu serrée, permettront l'accouchement. Hormis ces cas, devant un rétrécissement accentué, cylindrique ou haut situé, si l'on ignore les relations du diaphragme vaginal avec le rectum et la vessie, il est préférable de pratiquer une extraction haute du fœtus. Là encore, l'ablation de l'utérus, en supprimant les lochies, améliore notablement les résultats opératoires. POTOCKI a pratiqué plusieurs césariennes pour rétrécissement du vagin. Une de ses observations est particulièrement intéressante; elle prouve que malgré, la longue durée du travail et l'engagement de la tête, la sténose n'a pas cédé.

OBS. 2. — Femme de 34 ans, 1 pare, à terme.

Rétrécissement congénital du vagin, en forme de diaphragme très serré, à bords épais et situé à 4 cm. de la vulve; il permet, à peine, le passage du petit doigt.

Début du travail; sommet en O. I. G. A. Au bout de 24 heures, le col utérin est nettement perceptible, il est dilaté comme un franc. Au-dessous, le diaphragme vaginal reste dur, inextensible. Les mem-

branes sont rompues, la tête appuie sur le diaphragme et ne progresse pas.

48 h. après, pas de progression de la tête. Césarienne suivie d'hystérectomie.

Enfant vivant, guérison de la femme sans incident.

(Bull. Soc. Ost. Gyn. et P., juillet 1908).

lému (rêH.iucoù9esol6'

### DYSTOCIE D'ORIGINE CERVICALE.

1° Allongement hypertrophique du col. — Dans ce cas, l'opération césarienne a été très rarement pratiquée et ne peut être qu'exceptionnellement indiquée. Il en est de même pour certains cas très rares, de diaphragmes du col extrêmement résistants, avec effacement et dilatation à peu près nuls.

2° Rigidité du col. — Il peut en être tout autrement devant une rigidité du col :

a) Fausses rigidités. — Sans doute, nombre d'entre elles, céderont aux médicaments accélérateurs ou modérateurs des contractions utérines : il ne s'agit alors que de fausses rigidités dues à l'irrégularité des douleurs, à la rupture prématurée de la poche des eaux, avec absence d'accommodation au D. S., à l'adhérence anormale des membranes au segment inférieur.

b) Rigidités vraies. — Celles-ci, par contre, peuvent dans certains cas, poser une indication opératoire. Elles peuvent être primitives ou secondaires, c'est-à-dire préexister au travail ou l'accompagner.

1° Rigidité primitive. — Une variété est observée assez fréquemment chez les primipares âgées. Due à une altération de souplesse de col, elle est purement anatomique. Son traitement est essentiellement médical; l'expectative est de règle. Les incisions du col ne seront employées qu'en dernier ressort.

Les rigidités cicatricielles du col constituent rarement un obs-

tacle à la dilatation, hormis, celles qui sont largement étendues, en circonférence et en hauteur. Dans leur étiologie, nous relevons, parfois l'amputation du col selon le procédé, dit opération de SCHROEDER; celle-ci laisse après elle une cicatrice, qui, opposant dans certains cas à la dilatation à un anneau rigide, peut devenir un obstacle à l'accouchement. Ici encore, l'expectative est de règle : une double incision latérale, antérieure et postérieure, suffira habituellement à laisser passer le fœtus. Ce n'est que dans les cicatrices en cylindre, remontant jusqu'à l'orifice interne, qu'on aura recours, suivant l'état du travail, du volume de l'enfant, l'absence ou non d'infection, à une césarienne vaginale, abdominale, conservatrice ou mutilatrice.

Rigidité syphilitique. Il en est deux types :

— Le chancre du col,

— L'infiltration diffuse cervico-segmentaire.

Deux fois sur trois, le chancre du col est un obstacle absolu à l'accouchement.

Dans la sclérose syphilitique, la dilatation ne peut se faire, qu'au prix d'une déchirure cervicale ou d'une rupture du S. I. Dans ces deux cas, chancre étendu, syphilis scléreuse, la césarienne abdominale, constitue le traitement rationnel.

2° Rigidités secondaires. — Parmi celles-ci, une variété relève essentiellement du traitement chirurgical : la rigidité infectieuse. La césarienne vaginale, les incisions du col permettront souvent l'extraction ou l'accouchement du fœtus. La césarienne abdominale ne tirera ces indications que de l'absence de formation de segment inférieur, de l'extension du processus cicatriciel à celui-ci. Par ailleurs, il ne peut s'agir que de césarienne mutilatrice; elle seule, pratiquée à temps, peut sauver une situation très compromise par la nature infectieuse du processus.

### DYSTOCIE PAR DÉVIATION UTÉRINE.

Cette dystocie s'observe essentiellement dans les antédéviationes d'origine chirurgicale. Elle est consécutive aux hystéropexies vaginales

ou abdominales. Si, dans ce cas, la fécondation se trouve favorisée, la grossesse, par contre, est troublée dans son évolution, et l'accouchement dans son mécanisme. On a, en effet, signalé l'interruption prématurée de la grossesse, la possibilité d'hémorragie. Mais, c'est surtout au moment de l'accouchement, que les accidents s'observent avec le plus de fréquence. Le col, est dévié à l'extrême; les contractions se font mal, la rupture prématurée des membranes, le défaut de dilatation du col, dû à son élévation excessive, l'arrêt de la tête foetale contre la paroi antérieure de l'utérus, la rupture de la paroi postérieure, amincie à l'excès, en constituent les principaux accidents ou inconvénients. Ceux-ci sont plus fréquents et plus graves après vagina-fixation que ventro-fixation. C'est dire, qu'on surveillera l'accouchement pour pallier au moindre incident. Si le col reste très élevé, sans tendance à se dilater, on aura recours à la césarienne.

Très exceptionnellement, l'intervention a dû être pratiquée pour une rétroflexion de l'utérus gravide à terme ou près du terme; elle est alors suivie d'hystérectomie.

#### DYSTOCIE PAR MALFORMATION UTÉRINE.

L'indication opératoire se trouve rarement posée ici. Les malformations très accentuées sont incompatibles avec une grossesse à terme. Les utérus à cloison complète créent une prédisposition à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. En tous cas, le travail, hormis des cas rares d'inertie utérine est normal.

Il en est de même dans les utérus doubles.

L'utérus à cloison incomplète présente un intérêt obstétrical plus grand. L'existence de ces cloisons favorise les présentations vicieuses et peut devenir un obstacle à l'accouchement.

Parmi les observations qu'il nous a été possible de recueillir, nous n'en citerons qu'une, elle est particulièrement instructive.

OBS. — « Un cas d'oblitération totale du col chez une multipare, lors de son 6<sup>e</sup> accouchement. L'utérus à la suite d'un pansement cervical, pratiqué au cours de la grossesse, est entièrement obli-téré au moment du travail. Césarienne haute et hystérectomique. » (Communication à la Soc. belge de Gyn. et Obst., 4 mars 33).

Le 25 août 33, le D<sup>r</sup> N. examine une femme en travail depuis 18 h., 5 enfants mis à terme, accouchement spontané et rapide. S. de C. normales.

Ex. Contractions de longue durée, anormalement violentes et rapprochées, utérus très développé, l'état de contracture utérine empêche de déterminer la position de l'enfant. Nulle part de trace de col, mais une masse saillante en dôme, formée par une volumineuse tête fœtale, coiffée du segment inférieur très aminci. Pas la moindre irrégularité, rappelant l'orifice cervicale. Au spéculum, on voit une traînée irrégulière de tissu un peu moins coloré et disposée transversement. Il est impossible, avec un gros dilateur, d'obtenir la moindre désunion. Travail très violent, sidération de la parturiente, signes de souffrance fœtale. Un césarienne haute est pratiquée.

Incision. Liquide amniotique teinté. Extraction d'un garçon de 4.200 gr. en état de mort apparente, ranimé facilement. L'hystérectomie subtotale complète l'intervention; on laisse un mognon de col assez long. Suites opératoires excellentes jusqu'au 10<sup>e</sup> jour. Aucune perte vaginale.

Le 11<sup>e</sup> jour, brusque élévation thermique à 38. Sans modification de l'état général. Examen au spéculum : le canal cervical était resté hermétiquement fermé, on arrive très difficilement à le perforer, avec une pince à tamponnement. Il s'écoule une quantité appréciable de sang noir altéré. Les suites opératoires sont absolument normales.

L'interrogatoire qui fut pratiqué par la suite apprend que la femme avait subi, à la fin du 2<sup>e</sup> mois de sa grossesse un seul pansement utérin avec cautérisation du col à la teinture iode.

## OPERATION CESARIENNE COMME TRAITEMENT DE LA RUPTURE UTERINE

La rupture utérine est un accident assez rare.

Extrêmement grave, elle se termine, le plus souvent, par la mort, conséquence du shock, de l'hémorragie, ou de l'infection consécutive.

Ce pronostic varie, d'ailleurs, avec le traitement institué.

L'intervention précoce peut sauver quelques femmes.

La mortalité maternelle est encore de 60 %.

La mortalité fœtale est beaucoup plus élevée. Il ya donc intérêt à la prévoir, et à instituer un traitement prophylactique ou curatif, selon les circonstances.

La rupture utérine peut survenir pendant la grossesse, pendant l'accouchement.

RUPTURE PENDANT LA GROSSESSE. — Elle est tout à fait exceptionnelle.

On en distingue deux variétés :

— Rupture traumatique,

— Rupture spontanée.

A. — *Rupture traumatique*, peut se faire à travers la paroi abdominale ou par l'intermédiaire du vagin.

Très rare au début de la gestation, elle devient plus fréquente en approchant du terme.

Son traitement est essentiellement chirurgical.

Hormis les cas de piqûres, où l'absence de signes d'hémorragie interne, commande une thérapeutique expectative, la laparomie exploratrice est nécessaire. Si la plaie est petite, on peut se borner à la suture en deux plans. Dans le cas contraire, il faut vider l'utérus.

B. — *Rupture spontanée*, elle est exceptionnelle.

Lorsqu'elle existe, elle se produit à l'occasion d'un effort, vomissement, toux, mouvement brusque.

Elle siège sur le fond de l'utérus.

Cliniquement, durant les cinq premiers mois de la gestation, elle simule une grossesse extra-utérine, dans les quatre derniers mois, sa symptomatologie est celle d'une hémorragie interne.

Là encore, l'évacuation de l'utérus constitue le premier temps de l'intervention.

RUPTURE PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — Ici encore, la rupture peut se produire spontanément, à la suite d'un traumatisme.

A. — *Rupture traumatique*, hormis les traumatismes accidentels que nous avons déjà signalés, une étiologie dépasse en fréquence toutes les autres : la version. Sur 197 cas signalés par JOLLY, 43 relevaient d'une version.

Elle se produit d'autant plus facilement que la manœuvre est plus brutale, que l'utérus est vide, rétracté sur le fœtus, qu'il existe un rétrécissement du bassin.

B. — *Rupture spontanée*, elle s'observe essentiellement chez les pluri-pares.

Divers éléments entrent dans la genèse de ces accidents.

Sans doute, un fibrome, un cancer, une môle, peuvent entraîner la friabilité de l'utérus. En fait, une étiologie est, dans la grande majorité de cas en cause : la fragilité cicatricielle des opérations sur le corps utérus.

Les myomectomies antérieures, donnent en principe peu d'inquiétude. Par contre, nombre d'observations ont été recueillies par BAR, COUVELAIRE, JEANNIN, à la suite de césarienne abdominale classique.

La rupture se produit alors, le plus souvent, au niveau de la cicatrice.

Par contre, à la suite d'une césarienne basse, elle est tout à fait exceptionnelle.

Divers éléments tendent à fragiliser la cicatrice :

Certains sont d'origine maternelle : tels les rétrécissements du bassin, les tumeurs *prævia*, les altérations du col.

D'autres sont d'ordre foetal, et parmi eux, nous signalerons : la grossesse gémellaire, l'hydramnios, le volume exagéré du fœtus.

Anatomiquement, elle peut être incomplète, complète, ou propagée aux organes voisins : vagin surtout, vessie, rectum plus rarement.

*Élément permettant de considérer la rupture comme imminente.*

Il s'agit le plus souvent d'une femme présentant une dystocie quelconque, et en travail depuis longtemps.

Elle accuse des douleurs violentes, procédant souvent par crises subintrantes. Elle manifeste une envie irrésistible de pousser, bien que la présentation n'appuie pas sur la périnée.

A l'examen, « on constate l'existence de deux zones distinctes. L'une distendue à l'extrême : le segment inférieur. L'autre est très épaisse : le corps. A leur union, un bourrelet saillant, constitué par l'anneau de contraction; il est situé très haut, aux environs ou au-dessus de l'ombilic ». (BRINDEAU). (Traité d'Obstétrique de Bar).

Il est d'autant plus net qu'on a affaire à une présentation de l'épaule à une hydrocéphalie.

SIGNES DE RUPTURE. — Outre les signes généraux habituellement observés, la femme accuse une douleur subite; les contractions disparaissent. A l'envisager ainsi, il semblerait aisé d'affirmer la rupture utérine. Mais, en pratique, il est fréquent d'observer des formes insidieuses. Et nombre d'auteurs ont rapporté des observations de rupture insidieuse d'utérus antérieurement césarisés. (Annales de Médecine, Leg. de Criminologie, N° 2, fév. 32).

On doit toujours y songer chez de grandes multipares, quand le travail s'arrête. Ses éléments de diagnostic essentiels seront fournis par les modifications de l'état général (facies, pouls, etc...).

Sans doute, diverses complications de la grossesse pourront-elles prêter à erreur.

Et nous retiendrons, en faveur de l'hématome rétro-placentaire,

l'augmentation de volume de l'utérus, sa dureté, sa sensibilité douloureuse, son apparition habituelle avant le début du travail.

S'il existe une hémorragie externe, nous saurons que dans le placenta prævia, elle est de sang rouge, dans la rupture utérine, elle est plus abondante, et de sang noir.

*Traitement.* — Il est essentiellement prophylactique.

C'est dire qu'on ne prescrira jamais d'hypophyse à une parturiente présentant une dystocie quelconque.

Si le segment inférieur devient tendu, si la présentation paraît très superficielle, si l'anneau de Bandl s'élève au-dessus de l'ombilic, la rupture est imminente.

Elle commande l'évacuation de l'utérus d'extrême urgence.

Ici encore, la césarienne supra-symphysaire est l'opération de choix.

Si la rupture s'est produite, il importe d'extraire immédiatement le fœtus, et de traiter la plaie utérine.

## DE L'OPERATION CESARIENNE COMME TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE ET DE L'ECLAMPSISME

BIDOIRE, dans un article de la Semaine Gynécologique des Praticiens, de Juillet 33, en expose, à notre avis, parfaitement les indications. Nous nous bornerons ici à résumer les arguments essentiels qui plaident actuellement en faveur de l'opération césarienne. Sans doute, existe-t-il de multiples théories pathogéniques de l'éclampsie; chacune, est à la base d'un traitement différent; en fait, aucune n'est pleinement satisfaisante. Tout au plus, est-il admis à peu près unanimement, que la maladie est une manifestation de l'auto-intoxication gravidique. En supprimant la grossesse, on supprime le plus souvent, l'éclampsie. Quoiqu'il en soit, les auteurs sont encore aujourd'hui divisés, en deux partis, pour savoir s'il faut ou non évacuer l'utérus. Schématiquement, le traitement a évolué en trois phases :

- Expectation absolue avec traitement médical,
- Accouchement méthodiquement rapide,
- Accouchement immédiat par la césarienne.

Parmi les méthodes employées, il semblerait actuellement difficile, de faire notre choix, si nous nous basons sur les seules statistiques. En effet, celles que l'on relève maintenant ne semblent guère meilleures que du temps de BUDIN, tout au moins, pour la mère. Nous retiendrons, toutefois, que le traitement conservateur entraîne une mortalité fœtale considérable, alors que, l'évacuation chirurgicale faite en temps utile, la réduit à des proportions relativement minimes. De même, si l'on envisage les résultats obtenus par deux méthodes diamétralement opposées, l'une médicale, celle de STROGANOFF, l'autre chirurgicale, celle de J. C. LAMES MASSINI, on constate des statistiques excellentes dans les deux cas. Dans ces conditions,

il paraît bien difficile de se faire une opinion exacte de la valeur des procédés employés. En fait, nous retiendrons que les cas ne sont pas les mêmes, l'éclampsie est une maladie « à surprise » dont il est pratiquement impossible, à prime abord, d'apprécier la gravité. Nous étudierons donc, les conditions, où il paraît rationnel, au point de vue maternel et foetal de pratiquer une césarienne abdominale, n'envisageant, bien entendu que l'éclampsie de la grossesse au début du travail. Pratiquement, deux éventualités peuvent se présenter : tantôt la femme est en période d'éclampsie proprement dite, tantôt elle est en imminence d'éclampsie.

#### DE LA CÉSARIENNE ABDOMINALE DANS L'ÉCLAMPSIE CONVULSIVE.

L'intervention a pour but d'évacuer l'œuf et de soustraire ainsi la mère aux toxines élaborées.

Intérêt pour la mère. Il est basé sur le fait, que nul ne sait jamais comment va évoluer une éclampsie confirmée; et si les cas, en apparence, les plus graves peuvent guérir, ceux qui semblent bénins peuvent se terminer par la mort. Aucun symptôme de la maladie n'a une valeur pronostique absolue. L'hypertension peut manquer, le taux de l'azotémie n'a aucune valeur, la quantité d'albumine n'est point fonction de la gravité; seules peut-être, l'anurie, l'hyperthermie, l'hémoglobinerie auraient une certaine valeur pronostique. En fait, il est pratiquement impossible de poser au début un pronostic. Dans ces conditions, il est permis de traiter tous cas d'éclampsie comme s'il était très grave. Par ailleurs, l'intervention supprime le travail et empêche ainsi le brassage du placenta, la dissémination des toxines qui s'y trouvent élaborées. Ce sont là, autant des raisons qui rendent légitimes l'intervention chirurgicale.

Intérêt foetal. Là encore, il est indéniable; et tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître les avantages du traitement chirurgical sur le traitement médical, en ce qui concerne l'enfant. Une éclamptique traitée médicalement, si elle tarde à accoucher risque beaucoup d'avoir un enfant mort in utéro. De plus, l'on sait qu'au

début des accidents, le placenta est d'aspect normal, l'enfant ne paraît pas souffrir. Sans doute, a-t-on opposé un certain nombre d'arguments au traitement chirurgical. En fait, ils sont facilement réfutables, mise à part toute théorie pathogénique. Nous n'avons point à les exposer ici. De même, les contre-indications sont assez limitées et hormis, le cas d'un enfant mort, d'une femme mourante, une seule existe, en pratique : l'éloignement de tout centre chirurgical; le transport à grande distance étant dangereux pour de telles malades. Par ailleurs, en présence d'enfant mort, on essayera, pour commencer, le traitement médical. Classiquement, les crises convulsives cèdent avec la mort de l'œuf. En fait, si elles persistent, il vaut mieux évacuer l'utérus. Il en est de même, si l'enfant n'est pas viable; connaissant la gravité toute particulière de l'éclampsie convulsive précoce, nous ne devons envisager là que l'intérêt de la mère.

Quand intervenir ? Deux méthodes sont en présence :

— L'intervention, si le traitement médical semble insuffisant.

— L'intervention le plus tôt possible.

Ce deuxième procédé est plus logique. Plus on pourra opérer dès le début des accidents, meilleurs seront les résultats. « Plus vous attendez, plus les chances de succès sont minimales ». (METZGER).

L'intervention une fois décidée reste à choisir le procédé opératoire. On sait, en effet, que l'évacuation de l'utérus peut être effectuée par voie vaginale ou abdominale. La césarienne abdominale tire ses indications des contre-indications de la césarienne vaginale, c'est-à-dire : segment inférieur mal formé, enfant un peu gros, bassin rétréci. En outre, elle est plus rapide, plus aisée, les risques d'hémorragie y sont moindres. Il n'en reste pas moins, que la césarienne est une opération sérieuse, qui entraîne toujours un certain degré de shock chez ces malades déjà intoxiquées.

#### CÉSARIENNE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSISME.

Ici, l'évacuation de l'utérus a pour but de supprimer tout travail chez un albuminurique, déjà profondément intoxiquée, qui risque grandement de faire des crises convulsives ou même est en imminence

d'éclampsie. L'opération est indiquée en cas d'albuminurie grave. Il s'agit de femmes, ayant de l'oligurie, de l'albuminurie abondante, de l'hypertension, des œdèmes, plus ou moins étendus, de la céphalée. La persistance, l'accentuation, ou même simplement, une régression insuffisante de ces troubles, malgré un régime sévère (diète hydrique, saignée, évacuation intestinale), commandent d'une façon formelle l'intervention. Elle est ici un véritable traitement prophylactique. Mais, à l'inverse de ce que nous avons vu plus haut, le traitement chirurgical ne doit être employé, qu'après échec du traitement médical.

Dans un autre ordre de faits, le traitement de l'albuminurie gravidique a été insuffisant, non appliqué ou essayé trop tard. La malade présente une céphalée frontale insupportable, des névralgies, des troubles sensoriels et digestifs, de la dyspnée, de la somnolence, une douleur épigastrique en barre, une amaurose subite et complète : elle est en imminence d'éclampsie. Le traitement chirurgical acquiert ici toute sa valeur. La malade doit être considérée, comme ayant déjà de l'éclampsie confirmée. Dans l'immense majorité des cas, l'intervention met à l'abri des crises convulsives.

Diverses raisons rendent légitime cette opération. Pour la mère : en supprimant la grossesse, on arrête la progression de l'intoxication. Pour l'enfant : il y a de toute évidence avantage à l'extraire, même prématurément. On connaît, en effet, la facilité avec laquelle, les enfants, maigres et chétifs, d'albuminuriques, s'élèvent et prennent du poids, dès qu'ils sont soustraits, à l'intoxication intra-utérine. De plus, nous savons avec quelle facilité, ils meurent, au cours des crises convulsives et du coma de l'éclampsie confirmée. Par ailleurs, ils sont mis à l'abri d'une mort certaine, si le placenta arrive à se détacher prématurément. En résumé, la césarienne a des indications aussi larges dans l'éclampsisme que dans l'éclampsie confirmée. Elles seraient, peut-être même, plus étendues dans le premier cas, ayant alors, un but, à la fois, prophylactique et curatif.

Parmi les observations, qu'il nous a été permis de recueillir à la clinique TARNIER, nous citerons les plus démonstratives :

### ECLAMPSISME.

OBS. 3. — Mme S., 37 ans, I pare, D. R., 27 mars 27, à terme.

Albuminurie très abondante, T. A. 17, 12 (VAQUEZ).

Céphalée frontale, obnubilation, barre épigastrique.

Ex. : tête en bas mobile, col effacé, quelques douleurs.

Membranes rompues depuis 48 h. B. D. C. bons.

Césarienne basse, extraction d'une fille vivante pesant 3.220 gr.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBS. 4. — Mme J., I pare, 23 ans, D. R. 3/12/28, pas de travail.

Albuminurie massive (5 gr.).

Rétinite albuminurique, T. A. 24-12 (PACHON).

Césarienne basse, le 13/9/29.

Extraction d'un garçon vivant, pesant 2.230 gr.

Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

### ECLAMPSIE CONVULSIVE.

OBS. 5. — Mme L., 32 ans, II pare,

Antécédents : 2 F. C. de 3 mois (B.W. du mari + B.-W. de la mère).

1<sup>re</sup> Gros. en 1922 : garçon vivant, extrait par forceps.

2<sup>e</sup> Gros. en 1924 : près du terme. Nombreuses crises convulsives avec coma, œdèmes, albuminurie, tension artérielle normale. Pas de travail. Enfant vivant.

Césarienne corporéale le 31/12/24, extraction d'une fille vivante de 3.850 gr. Le placenta : 520 gr.

Les crises persistent nombreuses après l'opération : le coma dure plusieurs jours, puis survient la guérison, la mère et l'enfant quittent l'hôpital, mais la malade présente, dès lors, des signes de néphrite grave (albuminurie persistante, perméabilité rénale très réduite, hypertension, bruit de galop). On déconseille toute nouvelle grossesse.

La femme redevient enceinte en 1926, elle présente de l'albuminurie et des œdèmes pendant toute la durée de la gestation. 2° césarienne pratiquée au début du travail.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBS. 6. — Mme C., I pare de 30 ans, D. R., 11/4/30.

8 mois, albuminurie (9 gr.), T. A. 20-15 (VAQUEZ).

Amaurose subite, 5 crises convulsives, obnubilation.

Pas de travail. B. D.C. bons.

Opération le 14/12/30, extraction d'un garçon vivant pesant 1.990 gr.

Les crises cessent aussitôt après l'opération. La lucidité et la vue reviennent rapidement. La mère et l'enfant quittent la clinique TARNIER en bon état.

En conclusion, l'étude des observations que nous avons pu recueillir a permis de dégager quelques points, particulièrement intéressants. BIDOIRE, dans la Revue Gynécologique les résume, à notre avis, parfaitement.

« Un premier fait, écrit-il, domine, c'est la fréquence particulière de l'éclampsie convulsive et de l'éclampsisme chez la primipare par rapport à la multipare ».

Il faut insister sur l'énorme différence, relativement au pronostic maternel, dans le résultat du traitement chirurgical, institué à titre prophylactique des crises lorsqu'il est pratiqué, à la période pré-convulsive, au lieu de l'être, à la phase d'éclampsie confirmée. Sur 26 cas d'éclampsisme, 24 guérisons, 2 morts; pourcentage de mortalité 7 %.

Sur 55 cas d'éclampsie convulsive, 36 guérisons, 19 morts, pourcentage de mortalité 34 %.

En ce qui concerne le pronostic foetal, il est toujours grave, qu'il s'agisse d'éclampsie pré-convulsive ou convulsive, sur 26 cas d'éclampsisme, 16 enfants ont survécu, 10 sont morts, ou si nés vivants sont décédés rapidement.

Sur 55 cas d'éclampsie confirmée, 30 ont survécu.

Mais il faut remarquer, que dans près d'un quart des cas, la gros-

sesse fut interrompue, l'enfant étant déjà mort ou à peine viable. Dans tous les cas, du reste, l'intérêt de la mère doit primer avant tout. D'après ces résultats, on conçoit l'importance que doit prendre le traitement chirurgical comme traitement prophylactique des convulsions à la période d'éclampsie. Par ailleurs, si l'on doit convenir que l'opération césarienne n'a pas encore permis d'abaisser de façon notable le chiffre classique de 25 à 30 % de mortalité maternelle, il importe de souligner qu'elle a fait fléchir dans des proportions considérables celui de la mortalité foetale.

## INDICATION DE LA CESARIENNE DANS LES CARDIOPATHIES

Intervention importante, la césarienne doit être réservée aux cardiopathies décompensées celles qui compromettent sérieusement l'avenir de la malade. Une lésion bien compensée relève uniquement du traitement médical.

Existe-t-il des indications opératoires dans les premiers mois ? C'est à la voie haute qu'il faut recourir, si l'on veut éviter à la malade, une grossesse dont elle ne saurait faire les frais. La ligature des trompes impose, seule ici, l'intervention abdominale.

Dans les derniers mois, ou au moment du travail, les indications de la césarienne deviennent plus nombreuses. Certes, on peut hésiter à évacuer l'utérus, par crainte d'accidents à vacuo, si redoutables et si difficiles à traiter. Mais l'aggravation nette, soit progressive, soit brusque, de l'état de la femme, impose souvent l'évacuation de l'utérus; et ce, par les procédés les plus rapides. Or, ni l'accouchement prématuré, ni la césarienne vaginale, ne pourront se comparer à l'hystérotomie abdominale, à ce seul point de vue rapidité. Il va sans dire, que la ligature des trompes viendra compléter l'intervention, si comme dans le cas précédent, on le juge nécessaire.

Quant à l'hystérectomie, proposée par certains, pour parer aux accidents des suites de couches, elle apparaît comme une intervention, beaucoup trop choquante, chez de pareilles malades, pour qu'on ne l'envisage qu'avec la plus extrême réserve.

Une difficulté d'importance surgit dans toutes ces questions d'intervention chez les cardiaques; celle de l'anesthésie. Le chloroforme, si dangereux à l'ordinaire pour de telles malades, provoque un minimum d'accidents chez les femmes même asystoliques. Encore, faut-il observer, la plus grande prudence, surveiller étroitement la malade et ne recourir qu'à des doses infimes.

L'éther n'est pas exempt de danger, chez des femmes aux bases encombrées. Il expose aux complications pulmonaires, dont elles font difficilement les frais.

Dans tous les cas, où l'anesthésie par inhalation semble devoir faire courir quelque risque, mieux vaut recourir à la rachie, voire à la locale.

Il va sans dire, que dans les suites opératoires, ces malades doivent être soumises au traitement ordinaire des cardiaques. Ouabaine, digitaline, huile camphrée, seront largement prodigués.

La pratique de la compression abdominale évite dans une certaine mesure les accidents à vacuo.

Signalons encore, un cas particulier : celui de la césarienne sur une femme ayant succombé avant d'être accouchée.

Nous terminerons par une remarque d'une extrême importance : l'accoucheur doit pour poser ces indications s'assurer la collaboration d'un spécialiste compétent.

Les mêmes principes, les mêmes réserves, les mêmes méthodes thérapeutiques pourront s'appliquer à des femmes, atteintes de tuberculose pulmonaire, plus ou moins étendue.

## CESARIENNE POST-MORTEM

La femme enceinte, durant sa grossesse, peut mourir rapidement ou même subitement.

Parmi les causes principales pouvant déterminer la mort, nous retiendrons :

- Les traumatismes,
- Les lésions cardio-vasculaires,
- Les hémorragies,
- Les accidents d'intoxication gravidique.

Plus accessoires et moins fréquents sont les torsions de kyste de l'ovaire et de fibrome pédiculé, les cholécystites suppurées, les occlusions intestinales, les goîtres suffocants.

Il est, par ailleurs, reconnu que la mort brusque, rapide ou agonique d'une femme enceinte n'entraîne pas la mort immédiate du fœtus. On doit donc s'assurer de la possibilité de sauver l'enfant.

Diverses conditions doivent être réalisées, avant de tenter une intervention quelconque :

1° On ne doit opérer que si la femme est réellement morte.

2° On n'interviendra que pour sauver un enfant susceptible d'être élevé, donc, jamais avant 6 mois.

Après six mois, en cas de mort subite ou rapide, on interviendra dans le délai maximum de 25 minutes après la mort.

En cas de mort agonique, on n'opérera qu'après auscultation minutieuse de l'enfant.

On ne devra le faire, qu'avec le consentement formel de la famille.

La césarienne abdominale sera, encore ici, l'opération de choix. Elle est la moins traumatisante pour le fœtus. Elle sera, d'ailleurs, pratiquée avec l'asepsie habituelle.

Dans certains cas, la mort se produit au moment de l'accouche-

ment. La rupture utérine, l'hémorragie du placenta prævia, l'asystolie aiguë, en sont les causes essentielles.

Si cette éventualité se produit, on agira comme précédemment, guidé par les mêmes principes, avec les mêmes réserves.

#### OPÉRATION CÉSARIENNE QUAND L'ENFANT EST MORT.

Nous ne ferons que citer ici, quelques cas exceptionnels pour lesquels l'intervention fut nécessaire. Il s'agissait alors de rétrécissement pelvien très accentué, de tumeur volumineuse, obstruant l'excavation, et empêchant l'extraction du fœtus, même après embryotomie.

## GROSSESSE PROLONGEE

Cette question a fait l'objet de controverses très nombreuses.

Certains accoucheurs, tels DEPAUL, TARNIER, PINARD, considèrent que la durée physiologique de la gestation normale ne saurait être dépassée.

D'autres, au contraire, admettent son existence; et SIMPSON a observé des accouchements en 319<sup>e</sup>, 324, 332<sup>e</sup>, 336<sup>e</sup> jours, après les règles. Ils l'expliquent diversement. BARNES admet que, lorsqu'une femme a de longs intervalles menstruels, ils se produit souvent une prolongation de la grossesse. Il fait remarquer qu'une parturiente réglée tous les 30 jours, peut bien porter un enfant plus longtemps qu'une autre réglée tous les 28 jours.

VIGNES, dans sa Physiologie Obstétricale, publie, à ce sujet, une statistique intéressante :

Pour des intervalles menstruels de plus de 30 jours, la durée moyenne de la grossesse a été de 288 jours. D'autres auteurs, indépendamment des variations physiologiques de durée, admettent l'existence d'un certain nombre de facteurs, susceptibles de faire varier la longueur de la gestation proprement dite.

— Dans certaines familles, il arrive que joue un facteur héréditaire.

— Les femmes âgées portent plus longtemps que les jeunes.

— Dans de très belles expériences, UKITO a montré que l'hypothyroïdisme détermine une prolongation de la grossesse.

— On a observé des retards de quelques jours, qu'on a imputés à une tête appuyant mal sur le segment inférieur.

— On a incriminé aussi les bassins trop larges.

Dans ce cas, l'excès d'espace empêcherait la tête de « forcer » sur le segment inférieur.

En pratique, si l'on admet l'existence de la grossesse prolongée,

il est toujours difficile de dire, si dans un cas donné, on a réellement affaire à elle.

Sans doute, basera-t-on son diagnostic sur la date des dernières règles, sur le volume du fœtus. En fait, ce sont là, ces moyens d'appréciation très approximatifs.

Aussi, certains auteurs, tels SELLHEIM, ont-ils cherché des critères scientifiques : il croit l'avoir trouvée, en caractérisant dans le sang la sécrétion placentaire, ou en cherchant les variations de la glycosurie phloridzique.

Par ailleurs, si l'on admet l'existence de la grossesse prolongée, si on pense pouvoir l'affirmer sur le vivant, quelle sera la thérapeutique ?

Certains se refusent à intervenir. D'autres, comme KOHLER, estiment que la grossesse prolongée n'est pas à elle seule, un motif de provoquer l'accouchement. Mais il faut surveiller le rapport foetopelvien, et si le fœtus devient volumineux, il faut interrompre la gestation ; ceci étant particulièrement indiqué chez les primipares à tissus rigides, et chez les multipares ayant eu des enfants morts in-utéro.

A notre avis, une notion doit être prise en considération : c'est que l'enfant trop mûr serait un anormal.

La prolongation du séjour in utéro constitue une vraie maladie ; où elle est associée à des éléments morbides nocifs pour les enfants. Parmi eux, il y a beaucoup de morts imméritées, mort in-utéro, mort au cours d'un accouchement dystocique, ou d'un forceps bien simple ; morts inexplicables dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Par ailleurs, il faut savoir, que la prolongation de séjour in-utéro, n'implique pas forcément l'idée d'un enfant volumineux. Et si nous nous rappelons les études anatomiques de John FRASER sur la senescence du placenta, on peut, à priori, admettre que l'enfant soit mal nourri, d'un poids très moyen et devienne fragile.

Tels sont les arguments principaux des interventionnistes : mais, on ne pratiquera l'opération césarienne que dans certaines conditions ;

CONDITIONS MATERNELLES : Primipare âgée,

— Multipare ayant eu une ou plusieurs grossesses prolongées avec enfants morts.

- Femme manifestant l'intention d'avoir un enfant vivant.
- Existence d'une dystocie si minime soit-elle.

CONDITIONS FŒTALES : Enfant vivant, paraissant normal, (on sait, en effet, la fréquence des monstres parmi les enfants retardataires).

OBS. 7. — Mme J..., II pare, 38 ans.

Antécédent : accouchement le 5<sup>e</sup> jour après le terme d'un enfant mort.

Le 22/8/34, on tente de déclancher le travail par des injections répétées d'hypophyse, sans autre résultat que l'expulsion d'un bouchon muqueux.

Le 22, au soir, le col étant perméable comme 2 francs, on met en place un écarteur de Tarnier.

Quelques douleurs, le 23 au matin : la dilatation est à petite paume.

La tête par contre reste très élevée. Le bassin est G. R., mais très peu.

Le 24, à 10 h., rupture artificielle des membranes. Injection d'un tiers de cm<sup>3</sup> d'hypophyse.

Les injections sont répétées à 12 h. et à 14 h.

Chaque fois, quelques contractions pendant une 1/2 heure.

A 18 h. 30 : la dilatation est toujours à petite paume.

La tête surplombe le D. S. en O. I. G. A.

Grosse bosse sera-sanguine.

Devant la persistance de l'inertie utérine, et l'accélération des B. D. C., on décide de pratiquer une césarienne segmentaire.

Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.450 gr.

16 jours après, la mère et l'enfant sortent en bon état.

OBS. 8. — Mme V..., III G., II pare, 37 ans, D. R. 16-19 juin.

Césarienne basse, supra-symphysaire chez une femme non en travail à terme.

Elle a eu précédemment une grossesse prolongée. L'enfant pesait 4.500 gr., il est mort au début du travail.

Extraction d'un enfant vivant bien formé, pesant 3.250 gr. Le placenta est inséré sur le S. I. en arrière.

Mère et enfant sortent de l'hôpital en bon état.

OBS. 9. — Mme R..., IV pare, 32 ans, D. R. : 17 avril.

Antécédents : 2 enfants vivants, 1 enfant né à terme, mort au moment du travail.

Césarienne basse pour grossesse prolongée.

Opération le 12/2/34.

Extraction facile d'un enfant pesant 4.870 gr.

Double circulaire autour du cou.

Mère et enfant sortent en bon état.

## MORT HABITUELLE DU FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE

Il est un certain nombre de femmes qui ne peuvent avoir d'enfants vivants.

Chez elles, le fœtus meurt toujours à une époque, plus ou moins éloignée ou rapprochée du terme.

Dans certains cas, la mort se produit toujours à la même période.

Dans d'autres, la durée vitale augmente à chaque grossesse.

Quoi qu'il en soit, il importe toujours d'en rechercher la cause.

Souvent, en effet, on trouvera des antécédents indiscutables de saturnisme, tabagisme, alcoolisme, d'albuminurie, et surtout de syphilis. De toute façon, le traitement étiologique sera tenté; et, dans certains cas, son efficacité est indiscutable.

Mais souvent aussi, aucune amélioration ne survient. C'est ici, que peut se poser l'indication d'une opération césarienne. Toutefois, on ne la tentera jamais, que lorsque la mort se produit à la fin de la grossesse, quand le fœtus est viable, on opérera à la limite présumée de viabilité, et si la mère exprime formellement le désir d'avoir un enfant vivant.

## L'OPERATION CESARIENNE POUR EXCES DE VOLUME DU FŒTUS

D'une façon générale, on peut dire que le volume du fœtus est exagéré quand son poids dépasse 4 kgr. 500 ou 5 kilogrammes.

Envisagé de cette manière, l'excès de volume foetal est rare, et les cas identiques à celui de CAZEAUX, de KYSIN et de DELCAMP, sont tout à fait exceptionnels.

Cet excès de volume peut porter sur les différentes parties du corps : tête, épaules, thorax. Il peut être total ou partiel. En pratique, le volume du tronc importe le plus : « La dystocie des gros enfants est, en effet, surtout une dystocie du tronc » (BRINDEAU).

Les enfants se présentent, habituellement, par le sommet. L'accouchement est lent. La tête arrive, en général, à passer. La dystocie est due au volume exagéré du diamètre bis-acromial.

La présentation de l'extrémité plevienne, heureusement rare, comporte un pronostic, encore plus défavorable. L'enfant a succombé depuis longtemps, avant qu'on ne parvienne à dégager la tête.

Le pronostic est d'autant plus grave, que l'enfant est plus volumineux. La mort du fœtus résulte de l'asphyxie progressive, due à la prolongation du travail; elle est la conséquence d'une hémorragie méningée ou d'une lésion traumatique du bulbe.

La mère, elle-même, n'est point à l'abri d'accidents : l'inertie et la rupture utérine, les déchirures des parties molles, les hémorragies de la délivrance et l'infection, s'observent fréquemment.

Il faut y ajouter également les accidents de shock, que l'on peut voir apparaître, après l'extraction du fœtus, et qui sont en rapport avec la longueur du travail. Ainsi, dans l'ensemble, le pronostic est grave pour la mère; il l'est bien davantage pour le fœtus.

En 1908, POTOCKI écrivait (Soc. d'Obst. Gyn. et Péd., oct.

1908) : « L'excès de volume des épaules a toujours été considéré comme une dystocie très sérieuse ».

« Si nous nous tirons de cette extraction avec honneur, en tant que manœuvre opératoire, les enfants n'en viennent pas moins morts. Or, si l'extraction est commencée, il ne nous est plus possible, une fois que nous sommes aux prises avec de trop grandes difficultés, de recourir à une autre intervention pour sauver l'enfant.

Pour éviter ces difficultés, et par conséquent la mort de gros fœtus, pendant le travail, le mieux serait de recourir, de propos délibéré, à l'opération césarienne ».

Le traitement chirurgical de la dystocie des épaules doit être envisagé, dans plusieurs circonstances :

Il s'agit d'une parturiente ayant eu et perdu un ou plusieurs gros enfants, il faut, sans hésiter, pratiquer une hystérotomie prophylactique.

Il importe, toutefois, de surveiller attentivement la femme, pendant les deux derniers mois. Grâce à des mensurations successives, à des palpations fréquents, on arrivera à suivre, avec précision, le développement du fœtus, et à affirmer le moment où l'accouchement naturel et spontané ne paraît plus possible.

L'hystérotomie abdominale, au début du travail, semble, ici, préférable à l'accouchement prématuré artificiel.

Si les circonstances font que l'accoucheur n'est appelé qu'au cours du travail, les indications opératoires seront basées sur divers éléments :

1° La longueur du travail et les dangers, qui peuvent en résulter pour la femme (accident nerveux et infection).

2° L'impossibilité de terminer l'accouchement par une simple manœuvre obstétricale, ce qui est fréquent, puisque ce n'est pas tant l'excès de volume de la tête que le diamètre bis-acromial qui constitue un obstacle à l'expulsion : l'histoire des accouchements antérieurs venant confirmer cette impossibilité.

3° La menace d'une complication grave, telle que la rupture utérine.

4° L'état de souffrance du fœtus.

5° Son volume déterminé par la mensuration.

L'opération césarienne supra-symphysaire ne devra être pratiquée :

— Ni trop tôt, afin que la marche du travail ait pu nous renseigner sur la possibilité ou l'impossibilité de l'extraction, par la voie basse, afin de ne pas courir le risque d'une césarienne inutile.

— Ni trop tard, pour ne pas opérer alors que la laparotomie peut présenter, chez une femme, en travail depuis longtemps et dont l'œuf est ouvert, des dangers sérieux; alors que l'état de souffrance foétale, est tel que sa vitalité est fortement compromise.

Un certain nombre d'opérations césariennes ont été pratiquées, dans ces conditions à la clinique TARNIER. Chaque fois, on notait une hauteur utérine plus grande que normalement, une disproportion manifeste entre le volume de la présentation et les dimensions du détroit supérieur, sans qu'il y ait rétrécissement du bassin.

Chaque fois, la césarienne fut pratiquée au cours du travail; la la poche des eaux était rompue, depuis un temps variable. Dans certains cas enfin, il y avait l'exemple des accouchements antérieurs, qui montraient les grandes difficultés, rencontrées déjà à cause du volume exagéré du fœtus.

En résumé, lorsque la hauteur utérine anormale, la disproportion foeto-pelvienne, sans rétrécissement du bassin, la surdistension de l'utérus avec œdème sus-pelvien, font penser à un fœtus de volume exagéré, alors que la marche du travail montre l'impossibilité d'extraire par les voies naturelles, un enfant vivant, alors que l'état de la mère et du fœtus commande d'agir vite, il y a lieu de pratiquer une césarienne abdominale.

OBS. 10. — Mme R., 35 ans, I pare.

D. R. : 13-14 avril.

Début du travail : 72 heures.

Rupture des membranes : 30 heures.

Hauteur utérine : 40 cm.

Bonnes contractions.

Présentation céphalique très élevée. Grosse bosse séro-sanguine.

B. D. C. bons. Segment inférieur mal formé. Bassin normal.

Césarienne basse supra-symphysaire pour disproportion foeto-

pelvienne, inefficacité du travail, anomalie de l'ampliation du segment inférieur.

Extraction d'un garçon vivant, pesant 3.980 gr.

Poids A. F. : 850.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortent en bon état.

## SOUFFRANCE FŒTALE

La souffrance du fœtus pendant le travail, est-elle une indication de l'opération césarienne ?

Cette question, posée depuis longtemps déjà, a prêté beaucoup à discussion.

Nous avons déjà vu, et nous verrons encore, par l'étude d'autres indications de l'hystérotomie, que la souffrance fœtale est un facteur important qui, pour une certaine part, décide l'accoucheur à intervenir, quand il est déjà sollicité par d'autres raisons, tenant à l'état de la mère.

On objectera que la souffrance du fœtus ne constitue pas une indication formelle d'intervenir par voie abdominale, l'intervention risquant d'être trop précoce, si l'on se base seulement sur les premières modifications des B. D. C., ou trop tardive si l'on attend une confirmation absolue des signes de souffrance.

C'est dire, l'importance d'en connaître les diverses modalités, et de savoir les interpréter.

Le signe le plus important est fourni par l'auscultation. Le cœur fœtal au lieu de battre à 140, bat à 120-100. D'après TARNIER, la persistance à 100 ou au-dessous, indique que le fœtus est en danger.

Les bruits du cœur, peuvent, à l'opposé, s'accélérer, à 160-180.

Ils peuvent encore être affaiblis, amoindris, irréguliers. Divers souffles sont parfois perçus :

Souffle systolique, diastolique ou double; ils indiquent la compression du cordon.

Tous ces signes ont une grande valeur, à condition que l'on se méfie des modifications, qu'imprime au rythme cardiaque du fœtus la contraction utérine et que l'on n'oublie pas, qu'après chaque contraction, il y a ralentissement des B. D. C.

La perte de meconium, quand les membranes sont rompues, est un symptôme de moindre valeur.

Elle est habituelle dans la présentation du siège.

Dans les autres cas, elle indique seulement que le fœtus a souffert à un moment donné.

Les mouvements très violents ressentis aux palpers, sont de valeur secondaire.

La conduite à tenir varie essentiellement avec les résultats de l'examen physique.

Si la dilatation est complète, il est bien évident qu'il ne viendra à personne, l'idée de pratiquer une césarienne, quand l'accouchement peut être terminé par un forceps, ou une version.

Si la dilatation est à peine commencée, on ne saurait attendre; une opération césarienne s'impose, à priori, d'autant mieux, que les techniques actuelles permettent des interventions sur des cas impurs.

Toutefois, un certain nombre de conditions devront être réunies :

- Souffrance manifeste du fœtus,
- Dilatation incomplète du col,
- Non engagement de la présentation,
- Volume du fœtus témoignant qu'il est à terme et viable.
- On tiendra compte, par ailleurs, du désir nettement exprimé par la femme, d'avoir un enfant vivant.

## CESARIENNE ABDOMINALE POUR MODIFICATIONS DU TRAVAIL

Sous ce nom, nous voulons envisager un ensemble de faits relativement fréquents; en apparence, assez dissemblables les uns des autres.

Un certain nombre de points leur sont communs :

— L'arrêt ou la lenteur du travail et de la dilatation cervicale;  
— Les modifications de la contractilité utérine, avec, parfois, contracture de l'anneau de Bandl.

— Le siège élevé de la présentation, malgré l'absence de viciation pelvienne.

— Enfin, conséquence ultime, signes de souffrance fœtale.

Ces faits s'observent avec une fréquence assez grande chez des primipares âgées, chez des primipares jeunes. Il s'agit alors de femmes souvent obèses, avec paroi abdominale, peu contractile, avec périnée résistant; le tissu utérin est, dans certains cas d'aspect fibromateux; de plus, l'insertion basse du placenta est un élément qui vient se surajouter aux autres, pour empêcher la présentation de s'engager et de forcer sur le segment inférieur. Dans certains cas enfin, une brièveté du cordon surajoutée, contribue à arrêter la descente fœtale.

L'exposé d'un certain nombre d'observations montrent parfaitement les divers processus en cause.

OBS. — 11. — Mme C..., I pare, 21 ans.

D. R. : 27 au 30 juin.

En travail depuis 48 heures.

Arrêt absolu de la progression de la tête fœtale, qui se trouve en droite postérieure non engagée.

La dilatation reste stationnaire à 5 francs. Membranes intactes.  
S. I. bien formé, mais ne vient pas coiffer très intimement la tête fœtale.

Contractions utérines d'abord courtes et espacées; actuellement très intenses.

B. D. C. +, pas de signes d'infection. T. 37-5.

Parties molles très résistantes et atresées.

Césarienne segmentaire, le 14/4/35.

Liquide teinté de meconium, tête non engagée en D. P.

Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.450 gr.

Suites de couches normales, enfant en bon état.

OBS. 12. — Mme C..., I pare, 32 ans.

D. R. : 28-31 février.

Césarienne basse pour bassin généralement rétréci, mais très peu.

Utérus fibromateux, mauvaises contractions utérines.

Femme en travail depuis 28 heures.

Membranes rompues depuis 11 heures.

Liquide très teinté.

Extraction facile d'un enfant vivant de 3.150 gr.

Suites opératoires normales. Mère et enfant en bon état.

OBS. 13. — Mme G..., 30 ans, II geste. D. R. : 25-28 mai.

Avortement de 3 mois, il y a 16 ans.

A terme.

Césarienne basse pour non progression du travail, présentation céphalique très élevée, dilatation stationnaire, femme obèse, bassin normal.

Laparotomie sous-ombilicale, paroi infiltrée d'œdème; à l'ouverture de la cavité péritonéale : 2 verres de liquide citrin.

Segment inférieur mal formé.

Extraction d'un fœtus recouvert de meconium.

Poids : 3.250 gr.

Etat de mort apparente : criant après 20' de soins.

Suites normales. Mère et enfant sortent en bon état.

OBS. 14. — Mme K..., II<sup>e</sup> geste. 30 ans. 1 avortement de 2 mois 1/2.

D. R. : 20-24 mars.

A terme.

Début du travail : 48 h. Pas de progression.

Présentation du sommet extrêmement élevée. Grosse bosse séro-sanguine. Bassin normal.

Césarienne supra-symphysaire.

A ouverture utérus : liquide teinté fétide.

Garçon vivant, pesant 3.500 gr. difficile à extraire, en raison du volume de la bosse séro-sanguine.

20 jours après, mère et enfant sortent en bon état.

OBS. 15. — Mme C..., I pare, 24 ans. D. D. : 12 juillet.

Début du travail : depuis 24 h.

Examen : utérus étroit, allongé : 37 cm. de haut.

Donne l'aspect d'être vide d'eau avant toute rupture.

Au moment des contractions, il se forme un anneau à mi-hauteur de l'ombilic et de la symphyse.

Il siège au-dessous des épaules du fœtus.

On a l'impression que les fibres circulaires se contractent seules, les fibres longitudinales restent inertes.

L'utérus s'applique sur le fœtus qui ne peut progresser.

A palpation, la tête est de volume moyen; elle ne déborde pas; son diamètre transverse est en position intermédiaire. Le dos est à gauche.

B. D. C. un peu sourds, mais réguliers.

Dilatation cervicale : 5 fr., col souple, mince.

Membranes intactes. Bassin normal. Promontoire inaccessible.

On rompt les membranes. Liquide purée de pois.

Césarienne supra-symphysaire.

L'utérus présente la forme d'un sablier, dont la partie supérieure correspond au tronc du fœtus, la partie inférieure à la tête.

Le segment inférieur est très développé.

Extraction facile d'un enfant vivant de 4.050 gr.

Une anse du cordon était coincée entre la présentation et la paroi utérine.

Délivrance par expression.

Suites opératoires normales.

La mère et l'enfant quittent la clinique TARNIER en bon état.

Un cas, à peu près semblable, de contracture de l'anneau de Bandl a fait l'objet d'une communication de la Société Belge d'Obstétrique et Gynécologie, octobre 1932.

Une césarienne fut nécessaire.

## DE LA CESARIENNE DANS LES PRESENTATIONS VICIEUSES

PRÉSENTATION DE LA FACE. — Jusqu'aux travaux de Mme de LACHAPELLE, l'accouchement par la face était considéré comme un accouchement dystocique, mais c'était là, une erreur, l'expulsion spontanée était au contraire la règle. Sans doute, le pronostic est-il plus sévère pour la mère comme pour l'enfant. Cependant, les indications opératoires sont assez limitées; elles sont à peu près analogues à celles que nous avons vues dans la présentation du sommet, bien que, en pratique, un peu plus larges. L'épreuve du travail demeure ici comme dans le sommet, le critère le plus sûr dans les cas douteux. Cette épreuve du travail indiquant la nécessité d'intervenir, on s'adressera à une césarienne, plus volontiers dans une face que dans un sommet. La version ici rencontre des difficultés très sérieuses, difficultés de saisir un pied, qui est peu accessible chez un fœtus complètement défléchi; difficultés d'évolution, dues également à l'hyper-extension. Une réserve reste à faire : la césarienne est contre-indiquée dans une face « Primitive », car il s'agit d'un monstre.

En résumé, en dehors de la menace de rupture utérine, les indications opératoires sont :

- 1° L'impossibilité de terminer l'accouchement par l'extraction par voie basse d'un enfant vivant.
- 2° Absence de dilatation complète.
- 3° Souffrance fœtale.

PRÉSENTATION DU SIÈGE. — Présentation eutocique également, l'indication opératoire est tout à fait exceptionnelle. Nous ne pouvons que formuler à nouveau à son égard les règles précitées, à propos du sommet et de la face.

## PRÉSENTATIONS DYSTOCIQUES.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE. — Les indications opératoires sont encore ici, assez limitées, il est bien évident qu'il ne s'agit pas de remplacer par une césarienne la version podalique. Celle-ci ne sera tentée que :

Sur un col complètement dilaté,

Sur un utérus non contracté,

à condition qu'il n'existe aucune dystocie, capable de s'opposer à l'extraction d'un enfant vivant et viable.

Certes, la première des conditions précitées ne constitue pas une contre-indication formelle. Sans prendre partie, signalons simplement, que le Braxton-Hicks, les dilatations artificielles du col où son incision permettent de rejeter la césarienne pour insuffisance de dilatation à moins qu'on ne préfère patienter et opérer à dilatation complète.

Reste à discuter les indications opératoires dans les deux autres conditions :

— Indication formelle, toutes les fois qu'il existe un obstacle quelconque; qu'il s'agisse d'un obstacle osseux, d'une tumeur *prævia* ou d'un placenta bas inséré.

— Indication discutable quand l'utérus est rétracté. Les chances du fœtus sont à ce moment bien compromises. Il faut être sûr, ou à peu près, de pouvoir extraire un enfant non seulement vivant mais viable; ce qui restreint singulièrement les indications.

Il est pourtant légitime d'intervenir quand il n'existe pas ou qu'il existe peu des signes de souffrance fœtale. Le rythme cardiaque possède à ce titre une valeur de première importance, et l'hésitation n'est pas permise, toutes les fois, que les B. D. C. sont réguliers, bien frappés, que leur fréquence est normale. Mais, souvenons-nous que, ce sont des cas exceptionnels. L'indication de l'hystérotomie est d'autant plus limitée dans ce cas d'épaule négligée, que l'infection ovulaire la complique presque toujours. Le fœtus, même s'il est vivant, n'est pas forcément viable. La césarienne risque de déclencher une péritonite immédiate ou secondaire. Ce sont là, autant des raisons, qui doivent la faire rejeter dans la plupart des cas.

Les résultats de la césarienne, dans ces conditions, sont si peu brillants, qu'on est en droit de faire intervenir certains facteurs moraux :

— Conditions précaires de vie de la femme, épuisements par des grossesses et des allaitements antérieurs, tout autant d'arguments, qui plaideront contre l'intervention.

A l'opposé, plus de circonspection s'impose, quand il s'agit d'une primipare âgée, d'une femme longtemps stérile, et exprimant le désir d'avoir un enfant.

Quoiqu'il en soit, bien plus souvent qu'à la césarienne, on doit s'adresser, en cas d'épaule négligée :

— A l'embryotomie,

— A l'hystérectomie, en cas d'infection amniotique grave.

PRÉSENTATION DU FRONT. — Les indications de l'opération césarienne se trouvent plus fréquemment réalisées, dans la présentation du front que certains auteurs considèrent, comme aussi dystociques que la présentation de l'épaule.

Elle est dangereuse pour la mère, qu'elle expose :

— A l'infection,

— A la rupture utérine,

— Aux déchirures périnéales plus ou moins étendues.

Elle est dangereuse pour le fœtus, car l'amoindrissement ne peut se faire que par un véritable tassement des os du crâne, d'où résulteraient des lésions méningées graves.

La césarienne au cours de ces présentations ne se discute pas, lorsqu'il se surajoute une dystocie maternelle.

Quelle conduite adopter, lorsque le fœtus est seul en cause ? Au détroit supérieur, bien que l'enfant court les risques les plus grands, il est encore classique de recourir à l'épreuve du travail.

Si la présentation ne s'engage pas, trois interventions pourraient être possibles :

— La version, qui rencontre les mêmes difficultés que dans la face,

— La Symphysectomie ou la pubiotomie, qui demandent trop

de conditions spéciales, et ne peuvent être considérées, comme des opérations d'application courante.

Contrairement, à tout ce que nous avons vu, jusqu'ici, on peut envisager la possibilité d'une césarienne dans un front engagé et même enclavé. Il est bien entendu, que nous n'envisageons ici, que les présentations persistantes du front, c'est-à-dire, celles où la tête s'est engagée en front, puisque, dans les autres, la correction de l'inclinaison céphalique peut souvent s'effectuer d'elle-même ou être tentée par diverses manœuvres.

Sans doute, l'extraction de l'enfant nécessiterait ici un forceps : ce n'est bien souvent alors qu'une basiotripsie déguisée. Les pelviotomies sont possibles mais, non applicables à tous les cas.

En résumé, les indications de l'opération césarienne resteront encore :

- 1° La souffrance fœtale,
- 2° L'absence de dilatation complète,
- 3° La menace de rupture utérine.

Parmi les observations qu'il nous a été possible de recueillir, nous en citerons quelques-unes qui sont assez caractéristiques.

Nous avons déjà signalé, celle d'une présentation de la face avec contracture de l'anneau de Bandl.

OBS. 16. — Césarienne basse, pour présentation du siège.

Mme V... D... B... D. R. : 17-24 mars 34. III pare.

Antécédents : 2 accouchements par le siège, enfants morts.

Début du travail : 24 heures. Membranes rompues : 20 heures.

Siège très élevé. B. D. C. ralenti, assourdi.

Col utérin très épais. Dilatation inexistante. Segment inférieur très mal formé. L'utérus est vide d'eau.

Hystérotomie basse, Extraction d'une fille vivante, pesant 3.500. Délivrance facile. La revision utérine montre l'existence d'un éperon assez long, qui explique les présentations du siège récidivantes.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBS. 17. — Césarienne basse pour présentation de l'épaule et bassin généralement rétréci.

Mme B..., 29 ans. D. R. : 19-23 juillet 33. II pare.

Présentation transversale. Tête dans la corne gauche, siège dans la fosse iliaque droite. Dilatation grande paume. Membranes rompues. Utérus vide d'eau. B. D. C. bons.

Hystérotomie basse. On saisait facilement un pied. La tête incarcérée dans la corne gauche est difficile à extraire.

Garçon vivant pesant 2.670 gr. Délivrance facile. A l'examen de la cavité utérine : on constate l'existence dans le fond, d'un éperon étroit, long de 5 cm. environ. Fermeture.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBS. 18. — Mme H..., I pare. 31 ans, D. R. : 25-27 octobre 33.

Présentation de l'épaule gauche.

Bassin rachitique, cypho-scoliotique peu rétréci.

Début du travail : 3 heures. Membranes intactes, quantité de liquide pratiquement inexistante. Segment inférieur assez bien fermé. Dilatation de 1 à 2 francs.

B. D. C. irréguliers, ralentis et assourdis.

Hystérotomie basse. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.160 gr..

Le cordon formait une anse entre la tête et le segment inférieur, expliquant ainsi les signes de souffrance fœtale.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

## PLACENTA PRÆVIA ET CÉSARIENNE ABDOMINALE

Le traitement de l'insertion basse du placenta a été l'objet de multiples discussions. Parmi les thérapeutiques proposées, très peu ont donné satisfaction entière.

Cet état de fait tient à de multiples causes, à de nombreuses complications : si certaines peuvent se montrer isolées, souvent, elles se trouvent associées les unes aux autres.

— En effet, l'accommodation vicieuse est fréquente, c'est dire que l'on observera des présentations du siège ou de l'épaule.

— La compression du cordon est possible, et partant, la mort du fœtus pourra se produire au cours de l'expulsion.

— La rupture prématurée des membranes entraîne l'accouchement à bref délai.

— Mais, la principale complication et aussi la plus grave, est l'hémorragie. Elle peut survenir au début du 2<sup>e</sup> trimestre, au cours du 3<sup>e</sup>.

La 1<sup>re</sup> hémorragie est souvent nocturne, indolore, spontanée. Formée de sang pur, elle n'est jamais mortelle.

Par contre, l'hémorragie seconde est plus grave par son abondance ou sa répétition. Elle déclanche parfois le travail.

— L'hémorragie du travail, elle aussi, peut d'emblée être grave, voire mortelle.

De plus, l'accouchement se fait mal ; la poche des eaux se forme incorrectement et les contractions sont mauvaises ; l'infection y est fréquente, elle est d'autant plus sérieuse que la perte de sang a été plus abondante.

## PRINCIPES DU TRAITEMENT.

Un certain nombre de principes doivent servir de directives, dans le traitement de l'insertion basse du placenta.

Il faut savoir que, si certains cas ne comportent pas de grands dangers, il en est d'autres, où la vie de la mère est compromise. Par ailleurs, les improvisations en thérapeutique sont souvent funestes. Il n'y a pas un mode unique de traitement : le bon mode dépend de la variété, de l'importance de l'hémorragie, de sa répercussion sur l'état général, de l'état du col, de l'accès aux membranes, du degré d'infection, de la viabilité de l'enfant, du moment, du milieu.

Le traitement des hémorragies par insertion basse du placenta se fonde sur trois nécessités cliniques :

- 1° Venir à bout d'un saignement souvent impressionnant.
- 2° Eviter au cours des manœuvres, toute nouvelle perte de sang.
- 3° Eviter tout risque de rupture du col et du segment inférieur.

Parmi les possibilités thérapeutiques, la chirurgie semble actuellement prendre une place de plus en plus grande.

Deux avantages, entre autres, sont le propre de la césarienne :

— Elle permet l'évacuation rapide de l'utérus, avec suppression du facteur hémorragie.

— Elle donne un plus grand nombre d'enfants vivants.

Elle comporte un gros risque : la diffusion au péritoine d'une infection, passée inaperçue. Le risque est d'autant plus grand que l'hémorragie a été plus abondante.

## CHOIX DU PROCÉDÉ.

1° La césarienne corporéale a pour avantage sa simplicité, l'économie de temps qui en résulte. Elle est peu sanglante. Son inconvénient est grand : le risque d'infection péritonéale.

2° La césarienne supra-symphysaire a pour avantage une protection quasi-complète du péritoine.

Elle permet de bien voir la surface d'insertion placentaire.

Un inconvénient : elle s'accompagne d'une hémorragie d'autant plus grande que le placenta est plus antérieur.

3° La césarienne mutilatrice est précieuse pour réaliser le maxi-

mum d'hémostase dans les hémorragies rebelles, ou pour supprimer les foyers infectieux dans les cas sûrement infectés.

#### UTILISATION DES DIVERSES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES.

— Pendant la gestation, lors de la 1<sup>re</sup> hémorragie l'expectative est de règle.

— Pendant la grossesse, lors des hémorragies ultérieures, on guettera les moindres signes d'aggravation de l'état général.

Si celle-ci se produit, si l'hémorragie est massive d'emblée, s'il existe des hémorragies de plus en plus rapprochées, et de plus en plus abondantes, s'il existe des signes d'anémie aiguë (pouls fréquent, hémoglobine abaissée, hypotension accentuée), la césarienne est le moyen de choix pour interrompre la grossesse.

— Au cours de l'accouchement, il existe plusieurs indications. Elles sont tirées de :

1° La présence d'une dystocie associée.

2° De l'état du col,

3° Du degré de l'insertion,

4° De l'importance de l'hémorragie,

5° De la marche du travail,

La présence d'une dystocie, telle que bassin rétréci, tumeur prævia, cicatrice due à une opération vaginale, reste encore la principale des indications.

— L'état du col est important à connaître. Un col cicatriciel de grande multipare, une sclérose cervico-segmentaire, un col de primipare, long rigide (quelle que soit, dans ces cas, la variété d'insertion) plaident en faveur de la voie abdominale.

— Le fait que le travail progresse très lentement, est en faveur de la chirurgie.

— Le degré d'insertion a une importance considérable. Les cas d'insertion, centre pour centre, sont une indication formelle.

Dans les cas d'insertion marginale ou recouvrante partielle, il semble que l'on puisse utiliser les méthodes obstétricales.

— Les modalités de l'hémorragie comportent diverses indications :

a. Une hémorragie inquiétante par son abondance, une hémorragie chez une femme qui a beaucoup saigné, pendant sa grossesse, rendent parfois la voie abdominale plus sûre.

b. Une hémorragie au début du travail plaide en faveur de la chirurgie.

c. L'insuccès des méthodes obstétricales d'hémostase impose l'intervention chirurgicale.

d. Le désir de sauver l'enfant peut, dans une certaine mesure, entrer en ligne de compte.

Les contre-indications se tirent de la mort du fœtus, et de la possibilité d'infection.

Dans l'ensemble, le pronostic du traitement chirurgical du placenta prævia est relativement favorable.

Si nous nous rapportons aux statistiques du Congrès de 1933, de l'Association des Obstétriciens et Gynécologues de langue française, nous trouvons une mortalité maternelle de 9,01 %.

— Césarienne vaginale : 15,38 %.

— Césarienne classique : 12,65 %.

— Césarienne basse : 4,33 %.

— Césarienne mutilatrice : 20,31 %.

ration de la paroi.

La morbidité est de 50,74 %, dont les 2/3 relèvent de la suppuration.

La mortalité infantile est de 22,42 %.

Sur des enfants de plus de 1.800 gr., elle est de 15,70 %.

## PLACENTA CERVICAL

De l'insertion, centre pour centre, du placenta, il nous faut rapprocher le placenta cervical.

Sous ce nom, on décrit les cas où l'œuf se niche dans la cavité du col, s'y développe et contracte des adhérences qui expliquent la gravité de l'évolution clinique.

FRÉQUENCE. — Ces cas sont rares. Ils ont été signalés par TARNIER, JACUEMIER, BAR, RUBINI; par DEVRAIGNE, sous le nom de grossesse isthmico-cervicale. ZANGEMEISTER n'en a pu réunir que 38 cas.

PRONOSTIC. — Le pronostic est grave, tant au point de vue maternel que fœtal.

Habituellement, l'évolution se fait vers l'avortement. Plus rarement, on observe l'accouchement prématuré, ou à terme.

Dans les deux cas, des complications hémorragiques s'observent à peu près constamment.

Elles sont graves, mal coercibles, elles entraînent souvent un état d'anémie aiguë.

La mort de la mère se produit dans les  $\frac{2}{3}$  des cas.

31 % des enfants ayant l'âge de viabilité sont mort-nés.

Le traitement est identique à celui du placenta prævia central. C'est dire, que la césarienne abdominale conservatrice ne se discutera qu'autant que l'enfant sera vivant.

L'hystérectomie totale sera quelquefois nécessaire.

Un certain nombre de césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées à la clinique TARNIER. Le plus souvent, l'indication opératoire se justifiait par l'existence d'hémorragies abondantes au début du travail. Dans certains cas, celle-ci se trouvait isolée, dans d'autres, elle s'associait à une anomalie de présentation.

OBS. 19. — Césarienne pour hémorragie et présentation transversale. Mme T..., IV pare, 43 ans. D. R. : 25 nov., début du travail le 12/8/34 au matin.

Césarienne basse le 12/8/34 chez une femme qui présentait un suintement sanguin, depuis 15 jours, une hémorragie très abondante dès le début du travail.

Présentation très élevée, inaccessible au T. V.

Col perméable à travers lequel on a l'impression de sentir le placenta.

B. D. C. sourds.

Laparotomie, incision du segment inférieur empiétant sur le corps, on tombe sur le placenta. Incision des membranes.

Extraction d'un garçon de 2.950 gr. Il présente des battements cardiaques, mais ne fait aucune inspiration, malgré 40' de soins, lobeline, adrénaline intra-cardiaque, huile camphrée, caféine, oxygène. Il était disposé transversalement.

Le placenta était prævia central partiel; il adhéraient fortement en certains points.

Suture. Sérum.

La femme quitte la clinique en bon état.

OBS. 20. — Mme D..., XIV pare, 32 ans. D. R. : 17/3/34.

Femme à terme, non en travail, hémorragie très abondante, col long, non perméable, tête élevée.

Césarienne basse le 27/12/34.

Césarienne pour placenta prævia hémorragique.

Extraction d'un enfant de sexe masculin, pesant 3.600 gr.

Placenta inséré à la partie postérieure d'un segment inférieur, mal formé. Hémorragie opératoire minime. Ablation d'un gros fibrome de la corne gauche, en état de nécrose aseptique.

17 jours après, la mère et l'enfant quittent la clinique en bon état.

OBS. 21. — Césarienne pour hémorragie.

Mme L..., I pare, 30 ans. D. R. : 6-12 mai.

Femme en travail depuis 10 heures. Dilatation 5 francs.

Col épais. Membranes rompues à 1 heure du matin.

Hémorragie abondante.

Le 11/12/35, à 12 heures, césarienne basse.

A l'incision du segment inférieur, hémorragie en nappe assez importante. Extraction aisée d'un enfant vivant de 2.300 gr.

Placenta étalé, fortement adhérent au segment inférieur. Suture.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBS. 22. — Césarienne pour hémorragie et présentation épaule.

Mme O..., II pare, 35 ans. D. R. : 27 février.

Femme non en travail. Présentation de l'épaule.

Placenta prævia ayant entraîné une hémorragie assez importante, prolongée par un suintement continu.

Césarienne basse. Extraction d'un garçon vivant de 2.700 gr.

Suites maternelles et fœtales normales.

## HEMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE ET CESARIENNE

L'hystérotomie convient à la grande majorité des cas, cliniquement décelables d'hémorragies rétro-placentaires; car, qui dit, cliniquement décelables, entend une forme à manifestation bruyante, donc sérieuse.

Dans les formes légères, dans celles où ni l'état local, ni l'état général, ne semblent forcer la main, on peut s'en tenir à une thérapeutique minime : rupture des membranes, quel que soit le degré de la dilatation, morphine, spasmalgine, destinés à faire céder les contractures fonctionnelles. Ce n'est pas une méthode sans danger; elle expose à l'infection grave, une femme toujours plus ou moins choquée ou anémiée.

Par ailleurs, le départ entre les formes sérieuses et les formes légères, est trop affaire d'appréciations personnelles. Bien des formes légères représentent en fait, une forme de début, d'une apoplexie utéro-placentaire grave. Rien ne permet de prévoir la brusque aggravation d'une forme primitivement jugée, comme peu sévère.

La précédente méthode ne doit être appliquée qu'au prix d'une surveillance étroite. L'intervention s'impose, toutes les fois que le travail n'avance pas rapidement, et à plus forte raison, au moindre signe d'aggravation.

Le traitement chirurgical, de beaucoup le plus sûr, tend à prendre une place de plus en plus large.

Son indication est indiscutable dans les formes graves : celles qui s'accompagnent d'atteinte sérieuse de l'état général; celles révélées par le trépier symptomatique :

- Hémorragie plus ou moins abondante,
- Dureté ligneuse de l'utérus,

— Disparition des bruits du cœur fœtal.

L'extension de l'hémorragie, au delà des limites de l'utérus, manifestée par la douleur exquise para-utérine, est un argument de plus, en faveur de l'intervention d'urgence.

Tous ces signes sont en règle assez éloquents pour imposer le diagnostic d'où découle la sanction opératoire.

Il est des cas, toutefois, où l'hésitation est permise; et l'on sou-  
lève l'hypothèse :

— D'une appendicité entraînant comme on sait, chez la femme enceinte de la contracture utérine; hypothèse d'une perforation appendiculaire, et en général, de tous les syndromes abdominaux aigus.

— Hypothèse d'une torsion de kyste, d'une rupture utérine, encore que cette dernière ne se produise guère en dehors du travail.

— Hypothèse de placenta prævia, en raison de l'hémorragie externe coexistante. Les deux syndromes peuvent d'ailleurs s'associer.

L'erreur dans tous les cas est sans conséquences bien grandes, puisque la laparotomie, ou s'impose, ou peut se discuter.

Une faute plus lourde, consisterait à parler d'hydramnios aigu puisque ce diagnostic imposerait l'abstention. Mais, en fait, l'état général ne ressemble que de loin à celui observé dans l'hémorragie rétro-placentaire. La date d'apparition des deux accidents, est, d'ailleurs, très différente.

Il faut, d'ailleurs, bien insister sur ce fait, que les signes cliniques viennent, le plus souvent, plaider en faveur de l'hématome rétro-placentaire : signes subjectifs, et surtout signes objectifs, d'auto-intoxication gravidique; albuminurie massive, en particulier. Ils ont une portée pratique, bien plus grande que le dosage de l'hémoglobine (diminuée en cas d'hématome), préconisée par certains docteurs.

A quoi vise le traitement chirurgical ? Il se propose deux buts essentiels :

— Supprimer les réserves des toxines,

— Assurer l'hémostase.

Supprimer les réserves de toxine, c'est vider l'utérus.

Par quels moyens ? La vieille méthode des dilatations du col est tombée dans l'oubli. On a pu proposer la césarienne vaginale avant 7 mois. Si elle répond au premier des deux points précédents, elle ne satisfait pas du tout au deuxième. Elle ne permet, ni de s'assurer de l'état de l'utérus, ni le cas échéant, de traiter l'hémorragie. Ce sont les deux arguments fondamentaux, en faveur de la voie abdominale à toutes les périodes de la grossesse.

Deuxième point, assurer l'hémostase. Il est des cas où l'hémorragie peu importante, ne nécessitera aucun temps supplémentaire. Dans tous les cas, où elle est sérieuse, l'hystérotomie doit être obligatoirement suivie d'hystérectomie. Et ceci, toutes les fois, qu'il existe des infiltrations utérines étendues, confluentes tant au niveau du revêtement péritonéal qu'au niveau de la tranche de section d'hystérotomie. A fortiori, si le sang a fusé dans les ligaments larges ou plus loin.

L'infection ovulaire est une contre-indication à la césarienne ordinaire, étant donné les risques d'infection péritonéale. La césarienne, suivant le procédé de JEANNIN (Césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur et MICKULIC) convient parfaitement à ce cas particulier. L'indication de cette hystérectomie n'est formelle qu'en cas de mort du fœtus.

OBS. 23. — Mme B..., I pare, 22 ans, D. R. : 8 mai 33.

A terme. Pas d'albuminurie durant le cours de la grossesse.

Césarienne basse pour hémorragie rétro-placentaire. Extraction facile d'un enfant vivant pesant 3.190 gr. On enlève à la main, les caillots qui sont pour la plupart anciens. Délivrance par expression. Suture suivant le procédé habituel.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBS. 24. — Mme M..., 34 ans, VII pare, D. R. : 21 août 33.

Non à terme. Est prise subitement chez elle, de violentes douleurs abdominales, sensations de vertige, bourdonnements d'oreille, fourmillements dans les extrémités.

Le 19/2/34. A l'arrivée à l'hôpital, utérus tendu très doulou-

reux, extrêmement dur, pas de B. D. C. Segment inférieur tendu. Col en voie d'effacement. Etat général très altéré. Pouls très rapide. Température à 38°. Tension artérielle à 15,9. Albuminurie très abondante. Rupture artificielle des membranes, écoulement d'un liquide sous très forte pression, de couleur d'abord normale, puis progressivement teinté de sang, pour être franchement hémorragique à la fin.

Incision sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus qui présente le volume d'une grossesse de 7 mois environ. Nombreuses taches hémorragiques à sa surface, notamment sur le fond et en avant. Ablation en masse. Hystérectomie subtotale. Fermeture en 3 plans. Transfusion 300 gr. Suites normales.

## L'OPERATION CESARIENNE POUR PROCIDENCE ET LATEROCIDENCE DU CORDON

La procidence est réalisée quand le cordon se place au-devant de la présentation. La latéro-cidence, lorsque dans la descente du fœtus, le cordon s'arrête à côté de la présentation.

C'est là, parmi les complications du travail, l'un des plus graves qui puisse menacer la vie du fœtus.

Elle se produit, quand le segment inférieur n'est pas intimement appliqué sur la partie fœtale engagée.

Cette condition se trouve réalisée chez les multipares surtout, l'accommodation se faisait plus difficilement. Elle se trouve réalisée encore dans les présentations anormales, tel le siège décomplété, mode des fesses, l'épaule en dorso-postérieure; le rétrécissement du bassin s'observe aussi, fréquemment. En retenant la tête au détroit supérieur, il empêche l'anneau de contraction de s'appliquer sur la tête fœtale.

Une autre étiologie s'observe souvent : l'hydramnios; la procidence est là l'autant plus fréquente qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire.

D'autres causes, bien que plus rares, doivent encore être signalées, et nous citerons ici l'insertion basse du placenta, les tumeurs utérines ou ovariennes. En déformant et déplaçant l'utérus, elles favorisent les présentations anormales et les procidences.

Le diagnostic de procidence ou latéro-cidence est habituellement aisé; nous n'en décrivons point ici la symptomatologie.

En soi, cette complication du travail est de peu d'importance, pour la mère. Elle comporte, par contre, un pronostic fœtal très grave.

Abandonnée à elle-même, elle entraîne une mortalité fœtale de 86 %.

Déjà, en 1908, POTOCKI, étudiant les indications plus étendues

de la césarienne, montrait que la procidence du cordon était justifiable de la section utérine, quand elle était irréductible.

C'est là, le premier point sur lequel nous devons insister.

La procidence doit être irréductible et l'on ne se décide à l'intervention chirurgicale que dans la mesure, où les tentatives de rétropulsion du cordon auront échoué et où l'expectation mettra la vie de l'enfant en danger.

Toutefois, il faut être certain de la viabilité du fœtus, et le risque d'extraire un enfant mort, ou irrémédiablement compromis doit toujours hanter l'esprit de l'opérateur.

Lorsqu'il y a coexistence de procidence et de rétrécissement pelvien, c'est l'état de dilatation insuffisante du col, et non le rétrécissement qui détermine la mort si fréquente du fœtus.

C'est cette insuffisance de dilatation qui condamne l'accoucheur à rester impuissant s'il ne se décide pas à pratiquer l'opération césarienne.

Y a-t-il lieu d'étendre plus loin les indications chirurgicales dans la procidence du cordon ?

Le pronostic fœtal dans les procidences réductibles, est encore sévère, puisque, la mortalité est de 18 à 20 %.

Nous avons vu, en étudiant les indications chirurgicales pour souffrance du fœtus, la règle qui doit être suivie; c'est celle que nous suivrons encore, si, malgré, la rétropulsion du cordon, l'enfant continue à souffrir.

C'est dire, qu'entre les contractions, on cherchera les battements funiculaires. L'absence de pulsations ne permet pas, d'ailleurs, de conclure sûrement à l'arrêt de la circulation funiculaire. BALARD a montré qu'une compression du cordon procident peut amortir les battements, tout en laissant persister un écoulement sanguin, suffisant à la vie.

On s'efforcera surtout, par une auscultation fréquente des B.D.C. de se rendre compte des modifications durables qu'ils peuvent présenter. On se basera sur ces constatations, pour décider l'intervention.

Il faut, qu'au moment de l'opération, les bruits du cœur, bien que présentant des modifications notables et durables, soient encore

nettement perçus, pour ne pas être exposé à extraire par césarienne un enfant mort.

En résumé, l'indication de l'hystérotomie peut se poser dans les procidences du cordon irréductibles.

Elle doit être pratiquée aussitôt le degré d'irréductibilité passé.

L'intervention a une indication relative, dans les procidences réductibles. Là encore, les progrès de la technique chirurgicale ont permis d'étendre ces indications.

Dès les premières modifications durables observées, on pourrait pratiquer la césarienne.

En conclusion, le traitement de la procidence du cordon peut schématiquement se baser sur les règles suivantes :

A. — Avant la rupture des membranes :

— Expectative : morphine, chloroforme.

B. — Membranes rompues :

1° Col insuffisamment dilaté; essayer de réduire. Réduction impossible; hystérotomie abdominale. Si ce procédé est moins favorable pour la mère il l'est davantage pour le fœtus.

2° Col suffisamment dilaté :

Version, Forceps.

C. — Procidence et dystocie :

— Rétrécissement limité du bassin, placenta praevia, gros enfant : hystérotomie abdominale.

— La procidence rend absolues les indications relatives. Il faut opérer sans retard, dès le diagnostic posé, avant la rupture de la poche des eaux, si possible.

Dans tous les cas, l'hystérotomie supra-symphysaire sera le procédé utilisé, dès que l'intervention aura été décidée.

La protection du péritoine est meilleure, et la cicatrice plus solide.

OBS. 25. — Mme V..., II pare, 24 ans, D. R. : 15-19 février 31.

Début du travail : 3 heures.

Dilatation 2 francs. Col encore épais.

A la partie supérieure du vagin : une anse du cordon animée de battements, paraissant réguliers.

Césarienne le 12/11/31. Incision sus et sous-ombilicale.

Hystérotomie corporéale, extraction d'un garçon vivant, pesant 3.640 gr. criant après désobstruction.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

OBS. 26. — Mme V..., W. primipare 38 ans. D. R. : 28/12/30.

Grossesse à terme. Tête mobile élevée. Dos à droite. Dilatation 2 francs. Bassin semble normal, B. D. C. bons, membranes intactes.

10 heures, 50 : rupture spontanée de la poche des eaux. Liquide fortement teinté. B. D. C. très lents.

T. V. : tête très élevée. Anse descendue dans le vagin, battant faiblement; quand on refoule la tête, elle bat énergiquement.

Dilatation 2-5 francs. Col épais. Périnée résistant.

Césarienne basse. Extraction d'un garçon vivant de 3.340 gr. couvert de meconium. Délivrance facile. Gros utérus d'aspect fibromateux avec de petits noyaux à sa surface.

Suites normales.

OBS. 27. — Césarienne pour latérocidence du cordon.

Mme D..., III pare, 30 ans, D. R. : 5-7 avril 34.

A terme. Début du travail. Rupture prématurée des membranes.

Contractions utérines espacées, peu intenses; elles tendent par la suite à se rapprocher. Tête au-dessus du D. S. Dilatation stationnaire à 5 francs. Segment inférieur mal formé B. D. C. soufflants. Liquide teinté. Pas de dystocie osseuse.

Césarienne basse. Extraction d'une enfant vivant de 4.250 gr. le cordon forme une anse, fixée entre l'oreille du fœtus et la paroi utérine.

Suites normales.

## CONCLUSION

Nous venons de passer en revue des indications multiples de l'opération césarienne. Toutes n'ont point la même valeur. Il faut bien songer, avant de pratiquer une section utérine que l'accouchement chirurgical doit être l'exception. « Nous devons avoir toujours présent à l'esprit, écrit WHITHRIDGE WILLIAMS, qu'il ne faut recourir à la césarienne, que lorsque la nature a échoué dans son effort, et c'est le devoir de l'accoucheur conservateur de limiter son intervention, à l'intérêt de ses patientes, et de ne pas être détourné par l'attrait d'une opération facile ». Sans doute, ce principe est encore vrai aujourd'hui. Nous n'y ferons qu'une addition : l'intérêt de l'enfant. C'est lui qui a conduit à étendre les indications de la césarienne. Il n'en persiste pas moins deux dangers ; l'un est primordial : l'infection ; bien que ramenée, pratiquement à néant, par des techniques parfaitement réglées, elle n'en est pas moins négligeable, car elle met en jeu, la vie de la mère.

L'autre, plus accessoire : l'avenir obstétrical de la femme, est réduit, lui aussi au minimum. Là encore, les avantages de la césarienne basse ne sont plus à démontrer ; elle reste, dans la presque totalité des cas, l'opération de choix. Deux grands avantages lui sont acquis : la possibilité d'opérer des cas impurs et de tenter l'épreuve du travail.

Au point de vue anatomie-pathologique, les accidents au niveau de la paroi sont des plus rares. Les adhérences, hormis, celles de la vessie, sont diminuées dans une proportion considérable.

La cicatrice utérine, au niveau du segment inférieur, est bien supérieure à celle du fond de l'utérus. Elle demeure excellente, et ce n'est, qu'exceptionnellement, qu'on l'a vu se désunir et être la cause d'une rupture utérine.

Au point de vue de la fertilisation, la césarienne ne semble en

rien diminuer la fécondité de la femme. Un seul facteur, d'ordre psychique, serait peut-être la cause d'une moins grande fertilité : volontairement, la femme, par crainte, d'une nouvelle intervention, écarterait la possibilité d'une nouvelle grossesse. Ce facteur tend à diminuer, du fait des meilleurs résultats opératoires.

Au cours de la grossesse, l'avortement ou l'accouchement prématuré, chez une femme, antérieurement hystérotomisée, sont rares.

La rupture utérine, relativement à craindre après une césarienne corporéale, est tout à fait exceptionnelle après une césarienne basse.

Possibilité et nécessité, à part certains cas exceptionnels, de toujours pratiquer l'épreuve du travail. Indépendamment de toute autre considération, en sera certain de la maturité du fœtus.

Par ailleurs, les conditions opératoires, sur un utérus, déjà hystérotomisé, sont excellentes, de même, d'ailleurs, que leurs suites.

Vu :

*Le Doyen,*  
G. ROUSSY.

Vu :

*Le Président de Thèse :*  
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ricardo ALVAREZ. — Les césariennes basses à la maternité à l'hôpital Lariboisière (1923-29). (Thèse Paris 1929.)
- ANDERODIAS. — L'opération césarienne basse, ses indications, ses résultats. (Gazette des Sciences médicales, de Bordeaux, T. XLIX, n° 16, 15 avril 28)..
- ANDERODIAS et BALARD. — Avenir obst. femmes opérées de césar. basse. (Journée Méd. de Bordeaux, n° 25, 20-30 sept. 1931.)
- ARNALDO et MORAES. — Cesariana intra-péritonéal baixa. (Revista de Gyn. e d'Obst. Rio-de-Janeiro. Fév. 27, n° 2.)
- Mme le D<sup>r</sup> I. N. AKIMOVA. — Une section césarienne faite pour des indications exceptionnelles (une paramétrite purulente). (Progrès médical, n° 36 : 1481, 27/8/32.)
- J.-L. AUDEBERT. — La césarienne segmento-corporéale. (Paris Médical, n° 50, 16/12/33.)
- AUDEBERT. — Technique de la césar. basse. (Rev. franç. Gyn. et Obst., Paris, an XXXIV, n° 12, décembre 31).
- AUDEBERT. — Cesar. segmento-corpor. pour contract anneau de Bandl. (Toulouse Méd., 15 oct. 1932.)
- AUDEBERT et ESTIENNY. — La rétention lochiale après la césarienne classique. (Toulouse méd., n° 11, 1<sup>er</sup> juin 1929.)
- Césarienne pour procidence du cordon. (Toulouse méd., n° 11, 1<sup>er</sup> juin 1929).
- Césarienne nécessitée par l'arrêt au D. S. en asynclitisme exagéré de la tête fœtale. (Toulouse méd. 1<sup>er</sup> janvier 1930).
- BALARD. — Notre expérience personnelle sur la césarienne basse. (Gaz. hebdom. des Sciences méd., Bordeaux, avril 1928.)
- BALARD et MAHON. — La place de la césarienne basse dans la thérapeut. obst. (Marseille Médicale, 5 août 1928.)
- BECK. — Sur une césarienne basse. (American Journal of obst. Gyn., tome I, n° 6, mars 1925.)
- BERGOUGNAN. — Opération césarienne basse, ses principales indications, ses résultats. (Phare Médical de Paris, n° 118 oct. 1932.)
- Bernard BERCOVICI. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. (Thèse de Paris, 1927.)
- BILLARD. — A propos de 19 nouvelles opérations césariennes. (Un. méd. du Nord-Est, déc. 1926.)

- P. BRAULT. — Les possibilités actuelles de la césarienne. *Le Progrès Méd.*, n° 6, 7/2/31.)
- BROOK-BLAND P. — The indications For cesarean Section. (*Amer. méd.*, sep. 1929, p. 581.)
- P. BURGER. — A propos de la stérilisation après section césarienne. (*Le Progrès Médical*, n° 6, 7/2/31.)
- BROUHA. — Du rôle de la césarienne dans le traité des bassins limites. (*Mém. à l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique*, 23 fév. 1928.)
- BRINDEAU. — La césarienne basse. (*Librairie Tachmann.*)
- BRINDEAU et M. CANNONE. — Technique de la césarienne basse (indic. résultats). *Journal médical français*, n° 1-3-8 janv. 1930.)
- BLANC-CHAPPAZ. — Césarienne pour utérus double. (*Union Méd. du Nord-Etat*, n° 3, mars 1934.)
- BIDOIRE. — La Gynécologie, opér. césar. dans éclampsie, éclampsie, juillet 33.
- M. BROUHA. — La césarienne segmento-corporéale. (*Sté Belge de Gynéc. et d'Obst.* séance du 6/5/33 in : *Bruxelles Méd.*, n° 28, 14/5/33.)
- A propos des indic. de la césarienne supra-symphysaire. (*Communit à la Soc. belge Gyn. Obst.*, 1<sup>er</sup> mai 25.)
- BEUTNER. — Opér. césarienne transpéritonéale basse pour bassin plat et scoliose. (*Revue de Méd. de la Suisse Romande*, t. XLII, n° 3.)
- CAIDAS BIVAR. — Cesariana e feto morte. (*Revista de Gyn. et Obst.* fév. 1927, n° 2.)
- CATHALA. — Accouchement après césarienne. (*Bull. méd.*, oct. 1928.)
- Rupture utérine. (*Bull. médical*, août 1922.)
- H. CHASSOT. — De la césarienne basse. (*Rev. Méd. Suisse Romande*, 51 : 212-226, march. 25, 1931.)
- F. CHATILLON. — Accouchement normal après césarienne basse. (*Rev. franç. Gyn. et Obst.*, 25 : 194-195, march 1930.)
- CARETTO C. — Diverses indications de césarienne. (*Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 6 janv. 30.)
- COMMANDEUR et EPARVIER. — Cloisonn. vertical du vagin. (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 1922, p. 243.)
- COCKE. — Contre-indication de la césarienne. (*The journ. of the American medic. Association* 26/11/32.)
- Valère COCQ. — La césarienne haute doit-elle être reléguée parmi les techniques surannées et doit-on lui substituer la césarienne segmentaire ? (*Bruxelles Méd.*, n° 21, 20/3/32.), n° 22, 27/3/32.)
- De la valeur et des indications respectives de la césarienne haute et de la césarienne basse. (*Soc. Belge de Gynéc. et d'Obstét.*, séance du 4/6/32.)
- DELMAS. — Avantage de la césarienne basse sur la césarienne classique. (*Languedoc Méd.*, n° 8, 10 août 1932.)
- DAGORN. — Procidence du cordon. (*Thèse Bordeaux 1933-34.*)

- DE LEE. — Technique de la césarienne basse. (Journal of the Americ. Med. Ass., 14 mars 25.)
- D. DUVAL. — Césarienne basse. Ses avantages sur la césarienne haute. (Arch. Méd. Chirurg., n° 106, oct. 1932.)
- DESOUBRY. — Placenta prævia. (Thèse de Paris, 1927.)
- DEVRAIGNE, SEGUY, LAENNEC. — Indications actuelles de la césarienne basse. (Journ. Méd. Chir. pratiques, 10 juin 1929.)
- DEVÈZE. — Présentation transversale itérative dans un utérus cordiforme; tétanisation utérine; césarienne. (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. 17 : 644-647, juill. 1928.)
- DORE et DURAND. — Grossesse monstrueuse, opération césarienne. (C. R. Soc. franc. de Gyn. 4<sup>e</sup> année, n° 3, mars 1934.)
- ENTZ. — La césarienne basse en dehors des dystocies osseuses. (Thèse de Strasbourg, 1929-30.)
- FAVREAU. — Les opér. césar. abdom. et leurs indications. (Journal des Soc. Méd. de Lille, 10 août 1930.)
- FALLON WORCESTER. — Cesarean Section After Death of mother. (Boston Méd. And, Surg. Journal, nov. 11, 1926, p. 928.)
- FAVREAU, KLEIN, LEDIEU. — Césarienne basse, après forceps et malgré la mort de l'enfant. (Bull. Acad. Obst. Gyn. 21 : 60-62, janv. 1932.)
- GREEHALL. — Shall the indications for the low or cervical cæsarean section be extended. (Internat. Clinica, 1925, t. IV, série 35.)
- P. GELLÉ. — Grossesse gemellaire; éclampsie, césarienne basse. (Bull. Soc. Obst. et Gyn., 21 : 62-63, janv. 1932.)
- GUÉNIOT. — Opération césarienne prophylact. de dystocie par présentation de l'épaule. (Bull. Méd., 24-27, oc. 1928.)
- FRUHINSHOLZ, HAMANT, LÉVY. — Sur un cas de césarienne basse chez une primipare âgée. (Bull. Soc. Obst. Gyn., 17 : 651, July, 1928.)
- HAUTECHAU. — Soc. d'Obst. Gyn., 1926, mort subite.
- HELLMUTH. — Au sujet des ruptures spontanées de l'utérus au niveau de la cicatrice des césariennes basses; faut-il approuver l'extension de cette technique? (Munchener Medizin. Woch. t. LXXV, n° 38, 21 sept. 1928, p. 1626-1628.)
- HOUEL et JAHIER. — Césarienne pour présentation de l'épaule négligée. (L'Algérie Médicale, janv. 1929.)
- JAHIER et SESINI. — Césarienne basse pour décollement prématuré du placenta normalement inséré. (Soc. Obst. Gynéc. d'Alger, 13 avril 1929.)
- HOUSSAY. — Anencéphalie et grossesse prolongée. Phare Méd., juillet 1932.)
- HENROTAY. — Des indic. des hystérotomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. (Bruxelles Médical, 1<sup>er</sup> mai 27.)
- HOHL. — Césarienne pour impossibilité d'accouchement normal par suite d'une dystocie rénale droite. Utérus didelphe asymétrique, le droit rudimentaire. (Schweiz. Méd. Wochens, n° 18, 30/4/32, p. 424.)

- Paul GUÉNIOT. — Quelle place doit encore occuper la césarienne haute classique ? (La Gynéc., déc. 1934.)
- R. de GUCHTENEERE, P. LAHAYE et M. FOULON. — Césarienne pour circulaire du cordon, diagnostiquée au cours du travail. (Bruxelles Méd., n° 22, 31/3/35.)
- KARHAUSEN. — Dystocie par fixation utérine en Doléris Rouhier. Césarienne. (Sté Belge de Gynéc. et d'Obst., séance du 30/9/33. Bruxelles Médical, n° 3, 19/11/33.)
- LANTUÉJOUL. — Syphilis et Chancre syphilitique du col chez la femme enceinte. Soc. Gyn. et Obst., 1920, t. II, p. 110.
- La césarienne basse. (Union Méd., 10 juill. 34.)
- LEROUX. — Césarienne basse. (La Sage-femme de l'Ouest, mai 32, n° 5.)
- D. MARION et A. Magnan. — Césarienne basse dans un bassin plat. (Union Méd. du Canada, n° 3, t. LXI, mars 1932.)
- MADON. — Réflexions à propos d'une opération césarienne. (Languedoc Méd., n° 4, avril 1929.)
- J. de MANET. — L'opération césarienne. (Revue Méd. « Guérir », juin 1932.)
- MAGOS. — Césarienne vingt mois après une rupture utérine. (Bruxelles Méd., n° 32, 9 juin 32.)
- Oliveria MELLO. — Cesariana e embryotomia. (Rev. Gyn. Obst., n° 12, déc. 1929.)
- MOREIRA. — A propos de 15 cas d'opération césarienne conservatrice. (Progrès Médic., 31 juillet 26.)
- MUNRO, KERR. — Indications for cesarean sections. (Journal Obst. And. Gyn. of the Brit. Empire, vol. 28, n° 3 et 4, 1921.)
- MERGER. — La césarienne tardive. (Gyn. et Obst., t. XXVIII, n° 5, nov. et n° 6, décembre 1933.)
- OULIÉ. — Césarienne 24 heures après la rupture à la poche des eaux. (Soc. Obst. Gyn. 1925.)
- METZGER et LEQUEUX. — Rigidité du col après curiethérapie. (Bull. Soc. Obst. de Paris, 1923, page 137.)
- MEYER. — Placenta cervical. (Finska Lakaresallskapetshandlingar, t. LXXI, mars 1924.)
- PÉTRY. — Etude générale critique de la césarienne basse. Thèse de Nancy, 1933.
- PASQUET. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia. (Thèse Bordeaux, 1929-30.)
- PÉRY. — La césarienne basse à la maternité de Pellegrin de Bordeaux. (Journal Méd. de Bordeaux, 108 : 793-795, sept. 20-30, 1931.)
- PÉTRY F. M. — Etude générale critique de la césarienne basse et en particulier de l'accouchement sus-symphysaire. (Thèse de Nancy, 1933.)
- REEB. — Section césarienne, indication particulières. (Strasbourg Méd., 1926, t. II, p. 335.)
- REICH. — Résultats de la section césarienne basse faite à l'école des Sages-Femmes à Strasbourg. (Thèse de Strasbourg, 1929-30.)

- PHANEUF. — L'avenir obst. de la femme qui a été délivrée par une opération césarienne basse. (Amer. J. of. Obst. and Gyn., n° 4, avril 1927.)
- S. ROUAULT. — De la césarienne basse. (Thèse de Paris, 1933.)
- ROCMANS. — La place actuelle de la césarienne basse dans la thérapeut. obst. (Bruxelles Méd., n° 25, 17 avril 1932.)
- ROSSNER. — Gyn. et obst. 1922, t. I., p. 185 : hystéropexies, opérat. préventives avant accouchement.
- SESINI et GOULLLOUD. — Césarienne supra-symphysaire pour sclérose cicatricielle du col. (Soc. d'Obst. et Gyn. d'Alger, séance du 16 mai 1931.)
- SNOECK Joseph. — L'épreuve du travail et la césarienne basse. (Comm. à la Soc. Belge de Gyn. et Obst., 2 avril 1927.)
- SNOCK, SPIES WODON, PASTIELS et MAGOS. — Quelques réflexions au sujet de la césarienne basse. (Soc. Belge de Gyn. et obst. Séance 4 janvier 1930.)
- SINGER. — Rupture utérine. (Thèse de Paris, 1908.)
- SAUVAGE. — Le cloisonnement du vagin au point de vue obstétrical. (Ann. Gyn., Obst., 1910, p. 137.)
- VERMELIN DUROCH. — Mort habituelle du fœtus pendant la grossesse. (Bull. Soc. Obst. Gyn., 1921.)
- Van GAUWENBERGHE. — Deux opérations césariennes en dehors du travail. (Bruvelles Méd., 1927, p. 317.)
- VIGNES. — Durée de la grossesse et ses anomalies. (La Puériculture, 10 juillet, 10 oct., 25 oct., 10 nov. 1933.)
- Traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. (Le Concours Médical, n° 45 bis, 8 nov. 1933.)
- Le risque des césariennes pratiquées tardivement au cours du travail. (La Presse Méd., 12 janv. 1927.)
- VIGNES et LELIÈVRE. — Œdème du col et infections. (Bull. Soc. Obst., 1921, p. 391.)
- J. St.-G. WILSON. — Lower utérin segment caesarean section. (J. Obst. et Gyn. Brit. emp. 38 : 504-505, 1931.)
- Lower segment caesarean section. (Brit. M. J. I : 798, may 9 1931.)
- ZIÉGLER. — Rupture utérine après césarienne abdominale. (Strasbourg Médical, 1926, t. II, p. 87, 121, 128.)







